2e Année. — N° 3. 5 Janvier 1851.

Ce Journal paraît deux fois par mois, le 1er et le 15.

Les lettres non affranchies sont refusées.

6 FRANCS PAR AN

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

On ne s'abonne que pour un an du 1er décembre de chaque année.

7 fr. 50 c. pour l'Étranger sans échange postal.

REVUE CLINIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES ET AVEC LE CONCOURS

DES PRINCIPAUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

BUREAU D'ABONNEMENT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

L'Administration ne pouvant faire traite sur les souscripteurs, il est indispensable que le prix d'abonnement soit adressé *franco* au directeur de la *Revue Clinique*.

Le meilleur mode d'abonnement, c'est la poste. — Les frais d'un mandat de poste de 6 fr. sont de 12 centimes seulement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique d'auscultation, ou Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie, suivi d'un précis de percussion, par MM. Barth et Roger. 4e édition. — Librairie de Labé. 1 vol. in-18.

Dire qu'un livre de la nature de celui-ci est parvenu en cinq ans à sa 4e édition, n'est-ce pas prouver sa supériorité sur tous les ouvrages du même genre entrepris pour lutter avec lui peut-être, et demeurés ensevelis dans le plus profond oubli au bout de quelques mois? Nous n'avons à dire du livre de MM. Barth et Roger rien que nos lecteurs ne connaissent, aussi bien ceux de l'ancienne que ceux de la jeune génération. Tous savent que dans ce traité éminemment pratique, ils trouveront, quant à ce qui concerne l'auscultation et la percussion et leur application à la science du diagnostic, l'exposé le plus complet, le plus satisfaisant des connaissances actuelles, ce qui ne veut pas dire que le livre dont il est ici question ne soit qu'une compilation, ou même un simple résumé analytique. Aux travaux qui existaient avant eux dans la science, à ceux qui se sont produits depuis la première publication du traité d'auscultation, et dont ils exposent la substance dans une savante et judicieuse critique, MM. Barth et Roger ont ajouté le fruit de nombreuses et savantes recherches que depuis plus de 20 années de séjour dans les hôpitaux, l'observation clinique leur a permis de faire à chaque moment.

A cette dernière édition, les auteurs ont fait d'importantes additions, principalement dans les chapitres consacrés à *l'auscultation appliquée à la grossesse et à son diagnostic*; à *l'auscultation et à la percussion combinées*, méthode nouvelle, dont on trouve le germe dans le livre de Laënnec, il est vrai, mais qui n'est passée dans la pratique que depuis les travaux de deux médecins américains, MM. Camman et Clark.

En résumé, livre d'une grande valeur pour les élèves comme pour les maîtres, élémentaire en même temps que savant, et qui a placé ses auteurs au premier rang parmi les observateurs les plus distingués; style net, élégant, concis.

Traité de la méthode amovo-inamovible, par le docteur Seutin, de Bruxelles. 1 vol. in-4°. — Librairie de Labé.

Si le bandage inamovible, dont on doit la vulgarisation à Larrey, a, quelle que soit sa composition, de grands avantages, et rend de signalés services à la chirurgie, on ne peut disconvenir qu'il n'ait aussi parfois de graves inconvénients qui, jusqu'ici, l'ont empêché d'être érigé en méthode générale. Ces inconvénients, M. Seutin, l'habile chirurgien belge, a eu l'idée de les faire disparaître, en créant un appareil qui réunit aux avantages du bandage inamovible ceux des appareils ordinaires que l'on enlève facilement et qui permettent de surveiller l'état des parties blessées, en même temps que de graduer la compression suivant les indications. C'est l'exposition de cette méthode à laquelle il a donné le nom d'amovo-inamovible, que M. Seutin a eu en vue de décrire complétement dans son livre, en insistant sur les circonstances qui en rendent l'emploi facile et profitable.

Le livre de M. Seutin renferme trois divisions: 1° la partie historique; 2° la partie théorique et dogmatique comprenant l'exposé des principes sur lesquels est basée la méthode nouvelle et la description des procédés divers inspirés par les diverses circonstances; 3° enfin, les pièces justificatives en quelque sorte, c'est-à-dire un recueil d'observations cliniques rédigées avec le plus grand soin, et dans lequel le chirurgien retrouve avec bonheur des exemples de presque tous les cas auxquels il sera susceptible d'avoir affaire dans sa pratique.

De nombreuses figures intercalées dans le texte complètent et rendent facilement intelligibles à tous les descriptions des appareils de la nouvelle méthode.

Traité d'hygiène publique et privée, par M. Michel Lévy, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. 2 vol. in-8°. — Prix: 16 fr.

De tous les ouvrages récents d'hygiène, le plus remarquable, sans aucun doute, le plus complet, le mieux écrit, est celui que nous mentionnons ici. Plus à l'aise dans le cadre qu'il s'était tracé qu'il n'aurait pu l'être dans un manuel abrégé, M. Lévy a mis largement à contribution les travaux les plus modernes sur les différents points de la science qui ont été l'objet de monographies. Mais il n'a point abdiqué son droit de critique et d'appréciation, et ce n'est qu'après les avoir attentivement examinées et pesées qu'il a admis les conclusions de ces recherches étrangères. Dans un très-grand nombre de circonstances, c'est de son propre fonds qu'il a tiré tout ce qu'il avait à dire sur un sujet donné, et sa longue expérience comme médecin militaire, ses travaux étendus comme professeur d'hygiène, sont un sûr garant de l'exactitude de ses assertions, de la justesse de ses vues. Le public médical tout entier a du reste déjà sanctionné l'approbation que lui avait, il y a quelques années, universellement donnée la presse médicale, et l'épuisement d'une première édition, en fort peu de temps, du livre d'un homme qui n'est pas professeur de la faculté, est une preuve de la supériorité du *Traité d'hygiène publique et privée.* « Ce livre, a dit dernièrement M. Bégin lorsque M. Lévy s'est présenté à l'Académie de médecine, n'est pas seulement l'ouvrage le mieux pensé sur la matière, c'est encore un des livres qui honorent le plus la littérature médicale. »

Deuxième année, N° 3. 5 Janvier 1851.

REVUE CLINIQUE.

SOMMAIRE.

Bulletin de la quinzaine.

L'opération de transfusion pratiquée dans les derniers jours de la quinzaine passée a été le grand événement médico-chirurgical du mois de décembre. Nous rapportons avec tous les détails qu'il mérite ce cas remarquable. Nous devons malheureusement en ajouter ici quelques-uns de moins favorables que ceux qu'on trouvera plus loin. Depuis que notre article a été livré à l'impression, la malade a été prise de symptômes de fièvre puerpérale, maladie qui règne en ce moment épidémiquement à l'hôpital Saint-Louis; ces symptômes, qui s'étaient déjà manifestés, quoique légèrement, dès le 18 et le 19, ont pris un caractère très-alarmant dans l'après-midi du 20, et la malade a succombé dans la soirée. Voici les détails de l'autopsie, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Notta, interne du service de M. Nélaton.

Autopsie 36 heures après la mort.

Roideur cadavérique très-prononcée. La plaie du bras n'est pas enflammée, et ne contient pas de pus. Ses lèvres ne sont pas réunies; en les écartant, on ne trouve pas la veine basilique à nu; mais sa surface est recouverte par le tissu cellulaire ambiant, qui s'est réuni par première intention et lui adhère. Cette veine, disséquée, n'offre aucune trace d'inflammation; la plaie qui lui a été faite est bien cicatrisée. En fendant le vaisseau on trouve à sa face interne un petit caillot fibrineux qui adhère à la cicatrice. Du reste, absence de pus et de rougeur inflammatoire.

La cavité péritonéale est remplie de pus. Toute la surface interne de l'utérus est sphacélée, et on trouve du pus dans les sinus utérins.

Le foie est normal. Les poumons sont sains. Il y a seulement dans le poumon droit un petit abcès métastatique de la grosseur d'un haricot.

Le cœur a son volume normal. Il renferme dans ses cavités environ une cuillerée à bouche d'un sang pâle, séreux. Dans le ventricule droit est un caillot fibrineux assez mou.

« Cette autopsie, dit M. Notta, démontre de la manière la plus évidente que la malade a succombé non aux suites de l'opération de la transfusion, mais bien à la métro-péritonite qui s'est déclarée consécutivement. »

Tout le monde partagera l'opinion du jeune praticien, et, malgré l'issue funeste de la maladie, il n'en restera pas moins établi par le fait que nous rapportons que l'opération de la transfusion est *pour le moins innocente* dans le cas d'anémie *post-hémorrhagique*, suivant l'expression de M. Requin.

— Les séances publiques des deux Académies se sont suivies de près. Elles ont eu lieu le 16 et le 17. On sait que pour le public tout l'intérêt de ces séances se concentre dans les éloges que prononcent messieurs les secrétaires perpétuels.

A l'Académie des sciences, M. Arago a fait entendre par l'organe de M. Laugier l'éloge de Poisson. On a retrouvé dans cet éloge les qualités brillantes de l'illustre académicien.

M. Fr. Dubois, à l'Académie de médecine, a prononcé l'éloge de Richerand, et il a trouvé dans des applaudissements unanimes une douce récompense de son remarquable travail.

— Les médecins militaires ont pris cette année une large part aux couronnes académiques, comme pour donner un honorable démenti aux arguments à l'aide desquels on a voulu consommer leur désorganisation. Puissent ces nouveaux succès hâter enfin l'adoption d'une bonne organisation du service de santé des armées, et faire aux médecins une position meilleure à laquelle ils ont tant de droits !

— La séance du 24 de l'Académie de médecine a été une séance toute d'intérieur : l'Académie a renouvelé son bureau et son conseil d'administration. Le choix du président était pour ainsi dire fait d'avance, et l'Académie pouvait se féliciter depuis longtemps de l'excellent président qu'elle aurait pour l'année 1851. Elle peut, en outre, se féliciter aujourd'hui de son vice-président, qui deviendra président en 1852. Pour le conseil d'administration, M. Jobert s'est trouvé en concurrence avec M. Laugier, et l'a emporté d'une voix sur ce dernier. Faut-il voir dans le choix de M. Jobert une réaction contre son exclusion du jury dans le prochain concours de la Faculté? Nous ne saurions le dire ; mais s'il en était ainsi, nous applaudirions à la réaction; car l'absence de M. Jobert dans le jury pour un concours de chirurgie est plus qu'une anomalie; il ne serait que juste qu'on le fît un peu sentir à la Faculté.

— A l'Académie des sciences nous avons eu une communication de M. Delporte sur un cas de staphyloraphie, et une nouvelle note de M. Aran sur l'action locale des agents anesthésiques, qui n'a guère fait que reproduire les faits déjà consignés par l'auteur dans des communications précédentes.

— Aucun autre fait d'un intérêt particulier n'a eu lieu dans la quinzaine, si ce n'est un cas d'asphyxie par le charbon sur lequel nous appellerons l'attention de nos lecteurs dans notre prochain numéro.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Sur un cas très remarquable de transfusion.

PAR M. NÉLATON, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

On sait que l'opération de la transfusion, un moment si exaltée en France, au dix-septième siècle, y est depuis longtemps tombée dans un oubli presque complet, et que même les chirurgiens qui la pratiquent pourraient, à la rigueur, tomber sous le coup de l'arrêt de 1675, lequel défendait de pratiquer la transfusion sans une autorisation spéciale. Un commencement d'enquête assez récemment dirigée contre un honorable confrère de province semblerait prouver que cet arrêt n'est pas encore tout à fait oublié.

Mais, il faut le dire, c'est moins à l'arrêt de 1675 qu'aux inconvénients graves et au peu d'avantages qu'on lui avait reconnus, que la transfusion devait l'oubli où elle était tombée.

Cependant, à une époque plus récente, quelques tentatives de réhabilitation ont été faites en France et en Allemagne par MM. Roux et Dieffenbach, sans beaucoup de succès; en Angleterre, par Blundell avec plus de bonheur. Mais, à notre sens, ce dernier seul l'a pratiquée dans les véritables conditions où l'on puisse espérer quelques succès, c'est-à-dire dans des cas d'épuisement extrême suite d'hémorrhagie. C'est aussi là l'opinion de M. Requin, qui n'hésite pas, dans son *Traité de pathologie*, à conseiller la transfusion dans l'anémie excessive *post-hémorrhagique.* Si, en effet, on peut espérer de voir l'introduction du sang dans les veines produire quelque bien, c'est assurément lorsque la vie va s'éteindre faute de sang. Dans les cas de ce genre, se placent au premier rang les hémorrhagies puerpérales graves; et c'est dans ces cas précisément qu'ont opéré MM. Blundell, Doubleday et Waller. Cependant leurs succès n'ont que médiocrement rassuré les chirurgiens français, puisque M. Velpeau s'exprime ainsi dans son *Traité d'accouchements :*

« La transfusion, toutefois, est une ressource, et dont les bienfaits sont loin d'être constants. M. Bayle annonce qu'une femme qu'on y soumit, à Middlessex, mourut presque subitement. Ainsi que le remarque Burns, la phlébite peut en être la conséquence, quoiqu'on ait réussi d'abord. D'ailleurs, quel en serait le but? Au moment de la perte, elle n'empêchera pas le sang de couler. C'est donc pour remédier à l'anémie, à la vacuité des vaisseaux, à l'état de syncope ou de convulsions qui suivent trop souvent les hémorrhagies graves qu'il est permis d'y songer. Reste à savoir alors si le sang d'une autre personne peut remplacer celui que la malade vient de perdre, et si, comme le remarque M. Burns, l'eau tiède ne produirait pas le même effet en remplissant les vaisseaux. » (Velpeau, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 553.)

Une telle appréciation, si c'en est une, n'était guère propre, on le conçoit facilement, à dissiper les incertitudes qui doivent peser sur l'esprit du praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'un cas de mort imminente par hémorrhagie. C'est dans un cas semblable que M. Nélaton a tenté d'en appeler à l'expérience pour résoudre cette grande question.

Nous allons d'abord faire connaître le fait extrêmement important qui s'est passé à l'hôpital Saint-Louis. Nous présenterons ensuite les quelques réflexions qu'il nous a suggérées.

Une jeune femme de vingt ans, arrivée au terme d'une grossesse qui n'avait été entravée par aucun accident, fut prise simultanément, dans la journée du 13 décembre 1850, de douleurs puerpérales et d'une perte de sang par les voies génitales. Cet accident, qui se reproduisit à plusieurs reprises dans le cours de la journée, inspira des craintes aux personnes qui l'entouraient et qui la conduisirent à l'hôpital Saint-Louis, où elle fut admise, dans le service de M. Nélaton.

M. Dufour, interne de garde, M. Lescun, ancien interne de M. le professeur Dubois, et leurs collègues, MM. Notta et Vigués, s'empressèrent de donner à cette malade les soins que réclamait son état. Ils reconnurent que l'hémorrhagie était due à une implantation du placenta sur le col et jugèrent convenable de provoquer les contractions utérines, afin de hâter la dilatation du col et la terminaison de l'accouchement. Après avoir pratiqué la perforation des membranes, ils prescrivirent trois doses de seigle ergoté, d'un gramme chacune, données à un quart d'heure d'intervalle.

Malgré l'emploi de ces moyens, l'hémorrhagie persista avec une abondance telle, que la malade fut promptement réduite à un état de faiblesse extrême. Cependant le travail ne faisait aucun progrès.

Le danger imminent qui menaçait la malade commandait de recourir à des moyens prompts pour terminer l'accouchement. M. Lescun chercha à introduire la main dans l'utérus pour opérer la version; la situation très élevée et la rigidité du col, qui était à peine dilaté, opposèrent à cette manœuvre un obstacle insurmontable.

Le tamponnement fut alors pratiqué, mais ne suspendit pas d'une manière complète l'écoulement du sang.

Il était alors dix heures du soir; la perte était presque continuelle depuis trois heures de l'après-midi, et la malade était dans un état tellement grave que la sœur de la salle la crut expirante.

Le directeur de l'hôpital, instruit de ce qui se passait, crut devoir faire prévenir M. Nélaton, qui arriva à l'hôpital vers onze heures du soir, et trouva la malade dans l'état suivant : Elle était immobile, froide dans toute la surface de son corps et d'une pâleur extrême; les yeux, à demi ouverts, présentent cette expression particulière qui est l'indice d'une mort prochaine. Le pouls radial est à peine sensible ; il est remplacé par une sorte de frémissement ondulatoire; il fut possible, dans un moment, de le compter, et on constata qu'il battait 43 fois environ dans un quart de minute. La respiration est très pénible, précipitée. L'intelligence paraît intacte. Cependant la malade est dans un tel état de faiblesse qu'elle répond à peine aux questions qu'on lui adresse. *J'étouffe!* est la seule parole qu'elle prononce à des intervalles assez rapprochés.

Du reste, le travail de l'accouchement est complétement suspendu, et il s'écoule encore par la vulve une petite quantité de sang.

La première indication était de terminer promptement l'accouchement. Dans ce but, le chirurgien introduisit la main dans l'utérus, reconnut un des pieds du fœtus et l'attira au dehors; le second pied fut saisi comme le premier, et des tractions ménagées ne tardèrent pas à amener le tronc du fœtus et les membres thoraciques hors des voies génitales; mais la tête s'arrêta dans le vagin, et ce ne fut pas sans quelques difficultés que l'opérateur parvint à la faire basculer et à l'extraire, en introduisant un doigt dans la bouche, et ensuite, en agissant sur les deux rebords orbitaires inférieurs. Pendant toutes ces manœuvres, deux aides comprimaient l'aorte.

Il fallut procéder à la délivrance. La main fut de nouveau portée dans l'utérus et fit reconnaître que le placenta en occupait la partie latérale droite et la partie correspondante du col. Ce corps était faiblement uni aux parois utérines, et la séparation et l'extraction ne présentèrent aucune difficulté. Au bout de quelques minutes, l'utérus était revenu sur lui-même d'une manière assez complète, et la perte du sang arrêtée.

Rappeler la chaleur, ranimer la circulation qui paraissait à chaque instant sur le point de s'interrompre pour jamais, tel était le but vers lequel tous les efforts durent être dirigés. Des linges chauds furent appliqués d'abord sur la région précordiale, sur le reste du tronc et sur les membres. En même temps du vin de Bordeaux chaud et sucré fut donné par demi-verre, à des intervalles assez rapprochés; puis du vin de Bagnols; la malade en prit ainsi près d'une demi-bouteille. Cependant son état restait le même, un froid glacial couvrait toute la surface de son corps; le pouls, rapide, cessait de battre pendant quelques minutes. L'on ne percevait plus que ces frémissements irréguliers que nous avons signalés.

Le danger que courait cette malade avait suggéré à M. Nélaton la pensée de pratiquer la transfusion; mais avant de prendre ce parti extrême, il voulut attendre l'effet de la médication stimulante qui venait d'être administrée. Ce ne fut qu'au bout d'une heure et demie que, voyant l'état de la malade désespéré, il se décida à agir.

L'un des internes du service, M. Dufour, offrit de fournir le sang destiné à la transfusion. On lui ouvrit donc largement une des veines du bras pour obtenir rapidement la quantité nécessaire. Ce sang fut reçu dans une palette maintenue à la température de 35 degrés centig. environ, et versé sans perdre de temps dans une seringue à hydrocèle tenue à la même température.

Pendant ce temps M. Nélaton découvrait, à l'aide d'une incision de 2 centimètres, la veine médiane céphalique, qui fut disséquée et soulevée avec une anse de fil, de manière à l'aplatir et à y interrompre la circulation, afin de prévenir le retour d'une petite quantité de sang par le bout inférieur du vaisseau, ce qui aurait pu ôter à l'opération toute la précision qu'elle réclame. Saisissant alors

avec une pince la paroi superficielle de la veine au-dessus de l'anse qui la soulevait, l'opérateur, armé de ciseaux, divisa obliquement le vaisseau dans la moitié seulement de sa circonférence, de manière à former un petit lambeau en V, dont le sommet était dirigé vers l'extrémité périphérique du vaisseau.

Les choses étant ainsi disposées, l'interne qui avait recueilli le sang expulsa avec le plus grand soin les bulles d'air et la mousse sanguine que contenait la seringue, et en insinua la canule au-dessous du petit lambeau de la paroi veineuse, qui, étant soulevé avec une pince, formait une sorte d'entonnoir pour la recevoir. Comme cette canule présentait une forme conique, il suffisait de la faire pénétrer assez profondément dans le vaisseau pour que les parois veineuses s'appliquassent exactement à sa surface et s'opposassent au reflux du liquide injecté.

En effet, le piston, ayant été poussé avec lenteur, fit pénétrer dans le système veineux tout le contenu de la seringue, c'est-à-dire 200 grammes de sang environ. Au bout de cinq minutes, une nouvelle injection fut faite comme la première, et fit pénétrer dans la veine 150 grammes de liquide à peu près. La petite plaie du bras fut réunie immédiatement à l'aide d'une bandelette de collodium.

Pendant le cours de cette opération, aucun phénomène particulier ne se manifesta. La malade, qui était d'ailleurs dans un état d'insensibilité absolue, n'accusa aucune sensation; cependant le pouls, interrogé à plusieurs reprises, parut au bout d'un quart d'heure être un peu plus développé et avoir un peu moins de fréquence; en même temps, la malade fit comprendre par un geste que sa respiration était un peu moins gênée; il fut convenu que l'on continuerait à donner pour étancher la soif, qui était extrêmement vive, de l'eau et du vin, du bouillon, et que l'on envelopperait tout le corps de linges chauds.

Le samedi matin, l'état de la malade était complétement changé. La peau était chaude, recouverte d'une moiteur générale; le pouls assez développé, battant 130 à 135 fois par minute; la respiration plus facile. L'intelligence était parfaitement nette, la soif très prononcée. Pour boisson de l'eau et du vin, de l'eau de Seltz sucrée, de la glace et un peu de bouillon.

Le dimanche matin, même état que la veille, sauf une décroissance notable dans la fréquence du pouls, qui bat 104 fois seulement par minute. Dans la soirée, le pouls reprend sa fréquence, ce que l'on put rationnellement attribuer à l'invasion de la fièvre de lait.

Les jours suivants, la malade s'est plainte de douleurs abdominales; elle a été prise d'un frisson qui a fait craindre une fièvre puerpérale grave; cependant les symptômes paraissent s'être amendés et permettent encore d'espérer une terminaison heureuse, aujourd'hui vendredi, sept jours après l'opération.

A propos de la transfusion, comme à propos de toutes les opérations, deux questions peuvent être et ont été en effet soulevées : celle de l'innocuité et celle de l'utilité. On a vu par la citation de M. Velpeau, à laquelle nous aurions pu joindre celle un peu moins défavorable de M. Cazeaux, que ces deux questions étaient jugées, en France au moins, d'une manière bien plutôt défavorable que favorable à l'opération. La nouvelle tentative de M. Nélaton nous semble destinée à changer notablement la disposition des esprits à cet égard.

D'abord, en ce qui concerne l'innocuité, l'observation précédente doit lever toutes les craintes. Les dangers, en effet, qu'on a reconnus à la transfusion sont immédiats ou consécutifs. Quant aux accidents immédiats, ils ont été nuls ici, et la lecture du procédé qu'on a employé dans certains cas pour pratiquer la transfusion, et qu'on trouve décrit dans la *Médecine opératoire* de M. Malgaigne, suffit amplement pour les expliquer.

Voici en effet ce procédé :

« On fait gonfler les veines du pli du bras aux deux individus en appliquant une ligature comme pour la saignée ordinaire; on met à nu la plus grosse veine sur le bras du malade, à l'aide d'une incision et d'une dissection faite avec soin; on ouvre le vaisseau par une incision longitudinale, et l'on applique une compression suffisante au-dessous, pour empêcher le sang de remonter. Dans l'ouverture faite à la veine, on introduit, soit une canule métallique, soit un bout de sonde élastique, parfaitement adapté à la canule de la seringue, et on peut alors enlever la ligature. On saigne l'individu sain; on reçoit 100 à 120 grammes de sang d'abord dans la seringue, et on commence par en injecter cette quantité, sans perdre de temps, pour éviter que le sang se coagule, mais en pressant lentement sur le piston, pour ne pas occasionner un choc inusité dans les vaisseaux et dans le cœur du malade. On aide le cours du sang en pratiquant de légères frictions de bas en haut sur la veine qui le reçoit. En général, il suffit de 100 à 120 grammes de sang injecté pour enlever toute crainte de mort par épuisement de sang; si l'on jugeait qu'il en fallût davantage, on en injecterait une seconde dose, soit avec la même seringue, soit avec une autre.

» Il y a deux dangers dans cette opération : le premier est l'entrée de l'air, qui ne paraît pas s'être encore rencontrée, mais qui peut être prévue par la théorie; le second est la coagulation du sang, soit par l'excès de chaleur, soit par le refroidissement. En général, le sang des membres n'ayant pas plus de 20 à 26°, peut-être est-il bon de ne pas élever plus haut la température de la seringue. Il y a d'ailleurs beaucoup à faire encore pour donner à la transfusion la sécurité nécessaire. » (Malgaigne, *Manuel de médec. opérat.*, p. 165.)

Ce procédé doit immanquablement causer l'introduction dans les veines de la petite quantité d'air contenue dans la canule, et l'on comprend facilement qu'une quantité d'air, même très petite, suffise pour suspendre complétement une vie déjà à moitié éteinte, comme l'était celle de la malade opérée par M. Nélaton. Quant aux accidents consécutifs de phlébite, on ne voit pas pourquoi on aurait beaucoup plus à les redouter ici que dans la phlébotomie ou l'opération du varicocèle, et personne, assurément, ne peut imaginer qu'on doive se priver, par crainte de ces accidents si rares, des immenses avantages qu'on se propose d'obtenir de la transfusion.

Mais ces avantages sont-ils aussi réels qu'on l'espère? Sous ce rapport, sans doute, l'observation de M. Nélaton ne saurait être aussi concluante : il n'est certainement pas sans exemple qu'une femme arrivée à un état aussi désespéré que celle dont nous venons de rapporter l'observation soit peu à peu revenue à la vie et même à la santé. Mais ces cas, tous les accoucheurs en conviendront facilement, sont assez rares, et si une probabilité doit être admise ici, elle est, sans aucun doute, bien plus en faveur de l'opération qu'elle ne lui est contraire.

En résumé, nous sommes heureux de pouvoir affirmer qu'en faisant cette nouvelle tentative, le chirurgien, à la fois prudent et hardi de l'hôpital Saint-Louis, a rendu un service signalé à la chirurgie et à l'art des accouchements.

Nous ne dirons rien du dévouement dont notre jeune confrère M. Dufour a fait preuve en offrant, sans hésiter, de fournir le sang nécessaire à la transfusion. Les actes de ce genre ne sauraient trouver leur récompense dans quelques paroles d'éloge.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Sur l'ablation des exostoses. — Opération faite avec succès pour une exostose développée dans l'espace interosseux de la jambe.

PAR M. LE DOCTEUR CHASSAIGNAC, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE.

Les opérations qui se pratiquent pour l'ablation des exostoses sont presque toujours graves, à raison du traumatisme que doit inévitablement subir, dans ce genre d'opération, le tissu propre des os. Ce serait une exagération, sans doute, mais moins grande qu'on ne pense, que celle qui consisterait à dire qu'une ablation d'exostose est presque aussi grave que l'amputation d'un membre.

Cette gravité, du reste, est loin d'être la même dans toutes les régions du squelette. Les membres inférieurs ou pelviens, comparés, sous ce rapport, aux parties supérieures de l'individu, offrent un désavantage notable, et l'on peut avancer, sans crainte d'être désavoué par l'expérience, que la pratique des chirurgiens, dans l'ablation de cette classe d'exostoses, est loin d'être heureuse. La conclusion à tirer de ce fait d'observation, c'est que l'on ne doit se prêter à une opération du genre de celle dont nous nous occupons, que dans les conditions que voici : ou bien l'exostose gêne les fonctions du membre, ou elle est voisine d'une articulation qui, susceptible d'être respectée dans le moment actuel, sera inévitablement comprise dans le champ de l'opération, si on attend que la tumeur ait acquis des dimensions plus considérables; ou bien,

enfin, les progrès de la tumeur sont assez rapides pour que d'une opération qui, dans le présent, serait simple et facile, on se voie obligé d'en faire, dans un avenir peu éloigné, une opération considérable et grave.

Ce n'est point cette dernière considération qui, dans le cas particulier, a servi de point d'appui à l'indication d'opérer, car la tumeur n'avait pas plus que le volume d'un œuf de poule. Mais son développement dans l'espace interosseux d'où elle expulsait graduellement les organes variés et délicats qui doivent s'y trouver normalement, le diastasis qu'elle commençait à produire à l'article péronéo-tibial, enfin son voisinage de l'articulation du cou-de-pied, qui n'a dû de n'être pas ouverte qu'à des précautions extrêmes, obligeaient à prendre de bonne heure un parti, et c'est ce qui a été fait avec de grands avantages pour la malade.

Les suites heureuses de cette opération doivent-elles être attribuées à l'emploi du pansement par occlusion, moyen qui paraît donner d'heureux résultats dans la pratique de l'hôpital Saint-Antoine? C'est là une question que le temps achèvera de résoudre pour les esprits sceptiques.

Cette femme a été présentée à la Société de Chirurgie, ainsi que l'exostose qui a été enlevée. Elle sort le 18 juillet.

Depuis, nous avons revu plusieurs fois la malade, et la guérison a persisté. Aucune esquille n'est tombée. La force et l'agilité du membre sont intactes.

Aucun os long, peut-être, ne se prête mieux que le tibia à une ablation d'exostose, mais c'est à une condition, et cette condition, c'est que la tumeur siége sur la face interne ou sous-cutanée du prisme tibial; mais si, à l'encontre de cette position si favorable, la tumeur s'est développée soit du côté de l'espace interosseux sous les nombreux muscles, vaisseaux et tendons qui s'y trouvent, les plus grandes difficultés opératoires peuvent s'offrir, et si à cette condition défavorable vient se joindre le voisinage d'une articulation aussi importante à éviter que l'est celle du cou-de-pied, on comprendra qu'il a fallu quelque bonheur pour éviter tous ces écueils à la fois.

En effet, du côté par lequel la tumeur correspondait au tibia, les instruments étaient arrêtés court par un pédicule assez large, naissant de la face péronéale du tibia; du côté du péroné, la tumeur, très étroitement pressée contre cet os, ne permettait non plus l'introduction d'aucun instrument; du côté de l'articulation tibio-tarsienne, il y avait danger d'ouvrir cette articulation, ce qui eût été une complication très grave; à la partie supérieure seulement, on pouvait circonscrire sans crainte l'exostose.

Sans l'emploi de la scie à molettes concaves, ces difficultés eussent été presque insolubles, à moins qu'on n'eût eu recours à la gouge et au maillet. Or, c'est là un moyen peu chirurgical que M. Chassaignac repousse d'une manière absolue, comme entaché d'une brutalité d'action qui répugne à la bonne chirurgie. Avant les ostéotomes de Heine et de Martin, on a pu recourir à ce moyen; aujourd'hui ce serait de la barbarie que d'y avoir recours, et il n'est pas difficile de prouver que partout où on se croirait obligé d'y recourir on peut s'en passer et dénouer la difficulté avec les ostéotomes, au lieu de la trancher brutalement par cette espèce d'*ultima ratio* chirurgicale.

La malade qui fait le sujet de cette observation a été pour nous un nouvel exemple de l'importance qu'il faut attacher à ne pas perdre de vue les malades qui ont subi une opération, si l'on veut juger de la solidité de la guérison. C'est là, il faut l'avouer, une grande et fâcheuse lacune de cette grande et irremplaçable école de la clinique des hôpitaux. Ce n'est point aux chirurgiens qu'il faut imputer cette lacune, c'est au caractère essentiellement nomade de la plupart des malades qui y sont traités. Que de fois ne voyons-nous pas ces malades promener d'hôpital en hôpital les suites d'une opération que celui qui l'a pratiquée a le plus grand intérêt à connaître, ou la récidive d'une affection qu'il a guérie une fois et dont il aurait un intérêt non moins grand à suivre l'évolution!

Notre malade, qui avait quitté l'hôpital dans un état de guérison parfaite, et qui avait été présentée à la Société de Chirurgie, était dans des conditions où il ne semblait pas qu'il dût jamais y avoir à revenir sur un fait si parfaitement accompli. Eh bien, voici ce qui est arrivé.

Cette jeune malade, après avoir depuis plusieurs mois quitté l'hôpital, y rentra le 26 juillet pour une kératite, qui se dissipa promptement sous l'action des douches oculaires.

Pendant le traitement de son ophthalmie, la malade s'étant plainte d'une douleur à la grande lèvre gauche, nous aperçûmes une ulcération assez large, de nature, sinon caractéristique, du moins fortement suspecte, et qui siégeait dans la rainure qui existe entre la face externe de la grande lèvre et la cuisse.

Malgré nos explorations et les questions qui furent adressées à différentes reprises et par diverses personnes à la malade, il ne nous a pas été donné de nous édifier complétement sur la nature et sur la cause de cette ulcération, qui, touchée avec la solution de nitrate d'argent et pansée avec le vin aromatique, fut cicatrisée assez rapidement.

A quelque temps de là, des douleurs vives se font sentir à la jambe gauche, dans le lieu même où avait été pratiquée l'ablation de l'exostose, et dans la cicatrice qu'avait laissée l'opération. Nous examinons le point douloureux, et nous voyons apparaître et se développer rapidement en quelques jours, dans l'ancien emplacement de l'exostose, trois grosses bosselures non fluctuantes, rénitentes et molles, à la manière du fungus des tendons ou d'une tumeur encéphaloïde. C'était un cruel mécompte après la guérison solide et franche qui avait pendant plusieurs mois succédé à l'opération. Toutefois, avant de nous abandonner à un pronostic décidément fâcheux, la nature de la tumeur se rapprochant dans notre esprit des antécédents suspects déjà notés, M. Chassaignac prescrivit les pilules de Sédillot et l'application en permanence d'une bottine en bandelettes de Vigo.

Au bout de huit jours on lève cette bottine, une des bosselures, la plus élevée des trois, s'est largement ulcérée. La plaie, du reste, n'a pas un mauvais aspect. On touche avec la solution, et on réapplique le vigo.

A la troisième application l'état des choses s'est notablement amélioré. — Solution; vigo; continuation des pilules.

La fois suivante, qui répond au 7 octobre, la tumeur s'est presque complétement affaissée, l'ulcération a diminué des trois quarts; elle est à peine rouge, très peu douloureuse.

Le 14 octobre, la tuméfaction s'est tout à fait mise de niveau avec les parties environnantes. La sensation du fungus y a complétement cessé. On perçoit nettement les tendons à leur état normal. La plaie est complétement cicatrisée. En somme, cet incident, qui s'était offert sous des formes véritablement inquiétantes, s'est dissipé aussi rapidement qu'il était venu, et paraît destiné à n'avoir aucune suite. La malade a repris toute son activité, nous dirions presque sa turbulence; les mouvements du membre sont parfaitement libres et exempts de douleur. La cuirasse est maintenue comme agent de protection pour la cicatrice. La malade a été gardée quelque temps encore, et la guérison s'est parfaitement maintenue.

Hydrocèle dans un sac herniaire crural.

PAR M. LE DOCTEUR GOSSELIN.

Le 16 novembre 1850, est entré à l'hôpital des Cliniques un jeune homme de vingt-quatre ans, ordinairement bien portant, qui a depuis six années une hernie crurale gauche. Cette hernie est restée longtemps réductible et maintenue par un bandage; elle pouvait rentrer et sortir avec facilité. Mais depuis quelques mois le malade a remarqué qu'il ne pouvait plus la faire rentrer qu'en partie; il a néanmoins continué à porter son bandage. Depuis une huitaine de jours, la tumeur irréductible est devenue douloureuse; quelques coliques sont survenues, sans vomissements et sans arrêt des matières fécales. Le malade a cessé dès lors de mettre son bandage, et il a cru s'apercevoir d'une légère augmentation dans le volume de la tumeur.

Aujourd'hui cette tumeur, située au-dessus de l'arcade fémorale, à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, est grosse environ comme un œuf de poule, mobile sous la peau, assez régulière et sans bosselures. Elle est pourvue d'un prolongement qui se dirige profondément vers la région du ligament de Gimbernat. On ne sent pas distinctement au-dessus de l'arcade fémorale de corde résistante qui serait formée par l'épiploon dans l'intérieur du ventre. La pression est douloureuse, mais ne permet pas de faire diminuer le volume de la tumeur; enfin, il y a de la fluctuation et une transparence indubitables.

D'après ces signes, il est évident qu'on a affaire à une collection liquide séreuse, et les antécédents ne laissent pas de doute sur la position de ce liquide dans un sac herniaire; la tumeur étant tout à

fait irréductible, il est vraisemblable que le collet du sac est oblitéré : la maladie est donc une hydrocèle dans un sac de hernie crurale.

Cette variété est plus rare que celle dans laquelle l'hydrocèle s'est développée dans le sac d'une ancienne hernie inguinale. M. Robert en a observé en 1846 un exemple qui a été rapporté par la *Gazette des Hôpitaux*, p. 575.

Dans les cas de ce genre, on doit toujours se demander s'il n'y a pas une certaine quantité d'épiploon adhérant à la surface interne du sac. Ici l'on n'a aucune raison pour le penser; car la tumeur est très nettement fluctuante et transparente, l'on n'y sent aucune partie dure ou empâtée; la corde épiploïque abdominale manque.

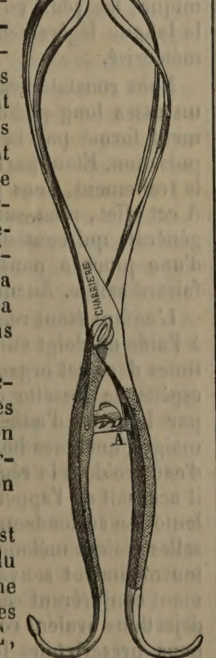
D'après ces considérations, M. Gosselin se décide à plonger un trocart dans l'intérieur de la poche, avec l'intention d'y injecter ensuite de la teinture d'iode; mais, après l'évacuation du liquide, il reconnaît l'existence d'une portion d'épiploon qui se trouvait entièrement cachée par la sérosité. Il se décide alors à ne rien faire de plus, dans la crainte que la phlegmasie provoquée par le liquide irritant se propage au péritoine.

La piqûre s'est promptement cicatrisée. Aucun accident n'est survenu, et le malade a quitté l'hôpital au bout de quelques jours, après avoir reçu un bandage à pelote concave.

Nouveau modèle à crémaillère brisée destinée à maintenir les instruments articulés dans l'état de pression ou de dilatation.

Nous avons vu employer récemment par M. Roux, pour une opération de polype, et par M. Morel-Lavallée, pour une opération de fistule vésico-vaginale, des pinces auxquelles M. Charrière a fait subir une modification extrêmement utile et qui permet de maintenir l'instrument au degré de pression ou de dilatation que le chirurgien désire, sans que celui-ci soit obligé de presser sur les branches de l'instrument et sans qu'il perde ainsi en plus ou moins grande partie l'usage de ses mains. Cet avantage, que M. Charrière avait déjà introduit dans les spéculums à valves au moyen d'un écrou, ne pouvait être obtenu par le même moyen sur d'autres instruments, où cependant il était au moins aussi utile, tels que pinces, érignes, forceps, etc.; c'est à l'aide d'un nouveau modèle de crémaillère que cet avantage a été réalisé pour ces derniers instruments. Les dessins suivants donneront une idée de la nouvelle amélioration que la médecine opératoire doit à l'habile mécanicien, et dont MM. Roux et Morel-Lavallée ont déjà, nous le répétons, apprécié les avantages.

FIG. 1.



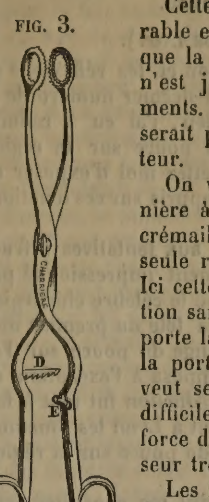
Ces avantages consistent dans ce que la nouvelle crémaillère est très courte et peut se renverser sur les branches des instruments de manière à disparaître et à ne gêner nullement les mouvements des mains de l'opérateur. On sait que l'on a dû renoncer, dans presque tous les cas, aux anciennes crémaillères, précisément pour des inconvénients opposés, c'est-à-dire parce que leur longueur considérable embarrassait singulièrement les manœuvres de l'opérateur. Quelques mots ajoutés aux figures suffiront pour en rendre l'intelligence facile. La figure 1 représente un forceps. On voit en A la crémaillère qui fixe les branches dans leur plus fort degré de compression.

Lorsque le chirurgien veut faire cesser l'action de la crémaillère, il presse un peu sur les branches du forceps, dégage le crochet qu'on voit à la partie supérieure de A, et tout est terminé. Cette manœuvre est on ne peut pas plus facile.

FIG. 2.

Lorsque la crémaillère est renversée sur les branches du forceps (1), elle ne forme que les très légères saillies que l'on voit en B et en C, fig. 2.

FIG. 3.



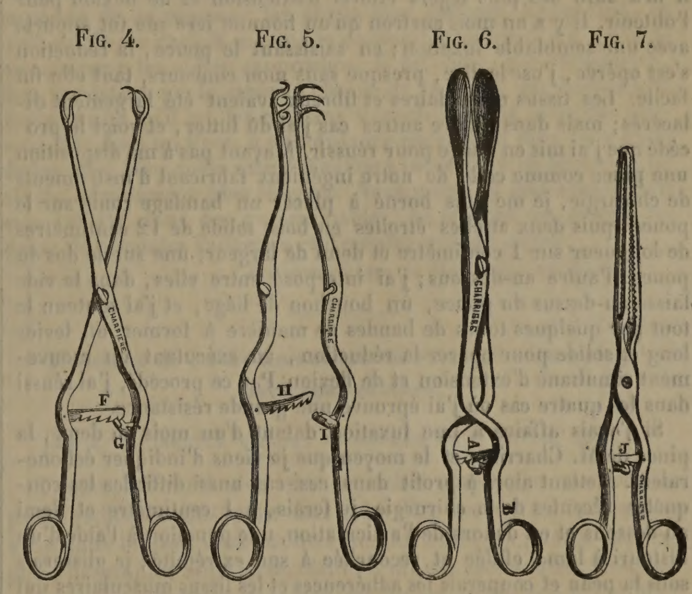
Cette saillie est cependant un peu plus considérable en B que dans les autres instruments, parce que la crémaillère du forceps exige une force qui n'est jamais nécessaire pour les autres instruments. Du reste cette saillie, même lorsqu'elle serait plus considérable, ne gêne en rien l'opérateur.

On voit encore mieux la simplicité de la manière à employer pour faire cesser l'action de la crémaillère, dans la figure 3, où la pièce E est seule renversée, tandis que la pièce D reste droite. Ici cette pièce peut être laissée fixe dans cette position sans inconvénients, parce que, la branche qui porte la partie E de la crémaillère étant fenêtrée, la portion D s'engage dans la fenêtre quand on veut serrer très fortement la pince, ce qu'il serait difficile de faire dans le forceps sans affaiblir la force de la branche, ou sans lui donner une épaisseur trop considérable.

Les figures 4, 5, 6, 7 et 8 présentent des modèles de divers instruments, auxquels on a appliqué l'heureuse modification que nous signalons.

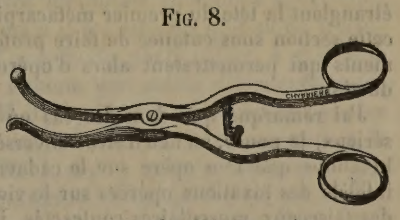
On voit, d'un seul coup d'œil, que les pinces à branches croisées et décroisées près des anneaux du modèle de M. Charrière (fig. 3, 5 et 7), de même que les pinces anciennes (fig. 4, 6, 8), n'ont subi d'autres changements de forme qu'un peu d'écartement des branches.

FIG. 4. FIG. 5. FIG. 6. FIG. 7.



Dans la figure 8, en particulier, on voit le nouveau système appliqué avec avantage à la pince dilatatrice pour faciliter le placement de la canule dans l'opération de la trachéotomie.

FIG. 8.



(*Gazette des Hôpitaux.*)

---

(1) Pour le forceps en particulier, la crémaillère a l'avantage précieux de rendre bien plus faciles les mouvements de bascule de cet instrument; on sait que, pour faire exécuter ces mouvements au forceps ordinaire, il faut nécessairement augmenter la pression des mains sur les branches, ce qui expose à dépasser la pression que la tête de l'enfant peut supporter sans inconvénients.

Puisqu'il s'agit ici de forceps, nous rappellerons que M. Charrière a rendu un peu plus rugueux l'intérieur des cuillères du forceps en les taillant en lime assez douce pour ne pouvoir pas blesser l'enfant. Dans les céphalotribes, au contraire, l'intérieur des cuillères a été taillé en grosse lime, et même, pour donner à l'instrument plus de ténacité, M. Charrière a pratiqué des cannelures circulaires; ces dernières modifications, si avantageuses pour l'opération, n'offrent aucun danger pour la mère.

Sur les luxations du pouce.

PAR M. LE DOCTEUR GENSOUL (DE LYON).

J'ai lu avec le plus vif intérêt l'observation et les réflexions de M. le docteur Robert insérées dans l'avant-dernier numéro de la *Revue clinique;* comme cet habile chirurgien, j'ai eu à réduire des luxations de la première phalange du pouce sur la région dorsale du premier os métacarpien; permettez-moi d'exposer en quelques lignes ce que mon expérience m'a appris sur ces luxations et sur les moyens de les réduire.

J'assistais comme élève en 1822 ou 23 aux tentatives infructueuses faites par Dupuytren, et je fus vivement impressionné par ce fait alors si peu connu. Je me rappelle que le célèbre chirurgien de Paris voulait pratiquer la résection de la tête du premier métacarpien pour replacer la première phalange du pouce sur l'os réséqué. J'ignore quelle fut la raison qui s'opposa à l'exécution de cette opération : je sais seulement que la réduction fut tout à fait impossible. Peu de temps après, remplissant à Lyon les fonctions de chirurgien en chef, un cas de luxation du pouce sur la région dorsale se présenta à mon observation.

Un jeune homme de douze à treize ans vint me consulter pour une luxation complète datant de trois semaines à un mois. Je fis des tentatives inouïes pour vaincre les résistances à la réduction, et je dois avouer que j'eus le malheur d'échouer. La peau du pouce fut excoriée dans les tentatives qui furent faites.

Depuis ce premier cas, qui fut un insuccès, j'ai été plus heureux ou plus habile, car j'ai toujours pu opérer la réduction; huit fois, il m'a suffi des plus légers efforts d'extension et de flexion pour l'obtenir. Il y a un mois environ qu'un homme ivre me fut apporté avec une semblable luxation; en saisissant le pouce, la réduction s'est opérée, j'ose le dire, presque sans mon concours, tant elle fut facile. Les tissus musculaires et fibreux avaient été largement dilacérés; mais dans quatre autres cas j'ai dû lutter, et voici le procédé que j'ai mis en usage pour réussir. N'ayant pas à ma disposition une pince comme celle de notre ingénieux fabricant d'instruments de chirurgie, je me suis borné à placer un bandage roulé sur le pouce, puis deux attelles étroites en bois solide de 12 centimètres de longueur sur 1 centimètre et demi de largeur, une sur le dos du pouce, l'autre au-dessous; j'ai interposé entre elles, dans le vide laissé au-dessus du pouce, un bouchon de liége, et j'ai soutenu le tout par quelques tours de bandes de manière à former un levier long et solide pour opérer la réduction, en exécutant un mouvement simultané d'extension et de flexion. Par ce procédé, j'ai réussi dans les quatre cas où j'ai éprouvé une grande résistance.

Si j'avais affaire à une luxation datant d'un mois ou deux, la pince de M. Charrière et le moyen que je viens d'indiquer échoueraient. Mettant alors à profit dans ces cas aussi difficiles les conquêtes récentes de la chirurgie, je ferais, à 1 centimètre et demi au-dessous et en dehors de l'articulation, une ponction à l'aide d'un bistouri à lame effilée et recourbée à son extrémité; je glisserais sous la peau et couperais les adhérences et les tissus musculaires qui étranglent la tête du premier métacarpien; je ne craindrais pas par cette section sous-cutanée de faire profondément de larges débridements qui permettraient alors d'opérer sans grands efforts la réduction.

J'ai remarqué que dans les cas où j'ai rencontré des obstacles sérieux, le pouce, au lieu d'être renversé en arrière comme dans les luxations que l'on opère sur le cadavre, qui ne sont qu'une copie infidèle des luxations opérées sur le vivant à travers des tendons et des faisceaux musculaires contractés, j'ai remarqué, dis-je, que le pouce, au lieu d'être renversé en arrière, se trouvait redressé et raccourci. Le chevauchement complet de la première phalange sur le métacarpien explique cette position et donne les symptômes de la luxation complète.

Je dois ajouter que je n'admets comme cause de la difficulté que l'on éprouve que l'étranglement de la tête arrondie du premier métacarpien par les faisceaux musculaires et les tissus fibreux de la capsule articulaire. Les ligaments latéraux ne peuvent jamais, comme le fait judicieusement observer M. Robert, être un obstacle sérieux; toujours un des deux, et le plus souvent tous deux sont rompus.

Quant à l'interposition des lambeaux musculaires ou ligamenteux entre les surfaces articulaires, elle ne peut jamais être un obstacle sérieux; car, si l'on parvient à placer ces surfaces l'une sur l'autre, quelques mouvements de frottement en divers sens permettraient toujours de rejeter autour des surfaces articulaires les débris fibreux.

Les cas nombreux de réduction de luxations très anciennes de l'articulation du coude confirment pleinement mon opinion à cet égard. Dans ces sortes de réductions, j'ai toujours rencontré une grande difficulté à chasser les lambeaux capsulaires déjà collés sur l'extrémité inférieure de l'humérus; mais lorsque je suis parvenu à placer les os dans leurs articulations, j'ai toujours senti que par les mouvements de flexion et de demi-extension fréquemment répétés j'écartais les tissus fibreux, et l'articulation finissait par se délivrer de ses corps interposés.

Observation de polypes du rectum chez l'enfant.

PAR MM. LES DOCTEURS VALLEZ ET GUILLERY, DE BRUXELLES.

Dans le courant du mois d'août 1850, je fus appelé chez le sieur M... pour donner mes soins à un enfant du sexe masculin, âgé de trois ans et demi, qui, à la suite d'une selle, venait d'éprouver une perte de sang assez considérable.

Après avoir examiné les linges teints d'un sang très rouge, j'inspectai l'anus du petit garçon; j'y vis une tumeur de la grosseur d'un jaune d'œuf, de teinte veineuse, arrondie, rénitente et indolente au toucher, d'apparence charnue; je la pris pour un véritable polype du rectum.

La mère m'apprit que depuis cinq mois son fils était indisposé, que, malgré le régime tonique auquel on le soumettait, il dépérissait, devenait triste et pleureur; elle ajouta que, trois mois auparavant, elle avait donné à l'enfant une décoction d'ail dans du lait, espérant le débarrasser des vers dont elle le croyait tourmenté; depuis l'ingestion de cette drogue, elle n'avait vu aucun entozoaire; mais chacune des selles était constamment teinte d'une couche de sang. Mme M... me fit encore observer que, dans les premiers jours du présent mois (août), elle avait eu occasion de voir les *fèces* de son enfant, et qu'elle avait parfaitement reconnu dans le vase six ou sept boules rougeâtres, d'égale grosseur à peu près, et ressemblant toutes à des cerises dites portugaises : ces boules, destinées à être montrées au médecin, furent perdues par l'imprudence de la domestique. Depuis cette époque, le petit malade perdait une certaine quantité de sang avant et après l'acte de la défécation; il était très abattu et n'avait plus envie d'aucune nourriture.

Ne voulant agir qu'avec toute la circonspection possible, je fis mander mon confrère le docteur Guillery. Nous examinâmes ensemble l'état du petit M...; nous trouvâmes l'enfant pâle, anémique, les yeux enfoncés dans les orbites, les pupilles dilatées, la langue légèrement blanche, le ventre ordinaire, mais un peu météorisé.

Nous constatâmes, en outre, que l'excroissance polypeuse avait un assez long pédicule de la grosseur d'une plume d'oie, entièrement formé par la membrane muqueuse et qu'il était exempt de pulsation. Etant parfaitement tombés d'accord pour le diagnostic et le traitement, nous procédâmes à l'enlèvement du produit morbide. A cet effet, nous suivîmes le procédé d'Aëtius pour les polypes en général, qui consiste, comme l'on sait, à saisir le pédicule à l'aide d'une pince à pansement et à arracher ainsi la masse anormale faisant saillie. Aucune hémorrhagie n'eut lieu.

L'enfant étant remis de son émotion, nous sondâmes le rectum à l'aide du doigt auriculaire enduit d'un corps gras, et nous sentîmes dans cet organe, à une élévation de deux bons pouces, une espèce de fossette due probablement à la lésion de la muqueuse par le point d'adhérence du polype. Nous prescrivîmes un régime maigre, quelques boissons émollientes, le repos et des fomentations d'eau froide à la région anale. Le lendemain, l'enfant était calme; il accusait de l'appétit; il avait eu une selle faiblement sanguinolente. Le surlendemain, il y avait un peu de réaction, de nombreuses selles étaient mélangées de matière sanguine et de vives tranchées tourmentaient souvent l'enfant. Un bain émollient et du sirop calmant conjurèrent ces symptômes; depuis lors, les tranchées et les déjections avaient considérablement diminué. Deux jours plus tard, nous prescrivîmes le sirop d'iodure de fer et l'usage d'un régime analeptique. Aujourd'hui, la constitution du fils de M. M... s'est améliorée; il ne perd plus de sang; en un mot, tout va bien.

Inspection microscopique. — M. le professeur Gluge, consulté

sur la nature de cette production accidentelle, nous a ainsi formulé son opinion :

« C'est une tumeur épithéliale ou polype de la muqueuse du rectum. Une enveloppe mince l'entoure. Son tissu est parcouru par des vaisseaux capillaires en petit nombre. La masse principale de ce polype est formée par des noyaux de cellules polygonales et par des fibres.

» Au reste, la notion du polype est trop vague encore pour que l'on puisse porter un pronostic certain. »

C'est à peine si dans les ouvrages modernes on trouve quelques traces de polypes du rectum.

Desault en a rencontré un cas chez un laboureur; la tumeur était située à six pouces au-dessus de l'anus; sa grosseur égalait celle d'un œuf.

En 1844, le docteur Dotzaner, de Bamberg, en a publié trois cas remarquables, qui ont été rapportés dans le *Journal publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.* Il est donc à supposer que cette maladie est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent, si l'on considère que ces corps anormaux peuvent être évacués à l'insu du malade et des personnes qui l'entourent.

Les autres points sur lesquels nous appellerons encore l'attention de nos lecteurs sont :

Les hémorrhagies fréquentes occasionnées par la présence de ces productions accidentelles, qui compromettent la santé de l'individu affecté.

La difficulté du diagnostic dans les cas où l'individu ne rejette aucune de ces tumeurs (surtout si elles ne peuvent être constatées ni par la vue, ni par le toucher).

Enfin, l'âge tendre de notre malade, la rareté de cette affection, le nombre des tumeurs, leur nature, leur densité, leur forme, leur indolence, le siége du polype; telles sont les raisons qui nous ont engagés à livrer notre observation à la publicité.

(*Journal de médecine de Bruxelles.*)

Sur une variété de la myopie importante à connaître pour la visite des conscrits.

TRADUIT DE L'ALLEMAND PAR M. LE DOCTEUR BINARD.

MM. Sichel et Kerst ont dernièrement appelé l'attention sur une espèce particulière de myopie (*Annales d'oculistique*, tome XVII, p. 190). Ainsi, des personnes qui peuvent distinguer de petits objets à une distance relativement assez grande, qui peuvent, par exemple, lire couramment à la distance de 12 à 18 pouces, sont dans l'impossibilité de reconnaître certains objets d'un gros volume, très éloignés, mais encore visibles pour des yeux modérément presbytes, tels qu'un arbre, une maison, etc. C'est ainsi que M. Kerst a observé trois écoliers qui lisaient couramment le caractère ordinaire à une distance de 15 à 20 pouces, et qui cependant ne pouvaient pas distinguer des lettres de 3 à 4 pouces de hauteur qu'on avait tracées avec de la craie sur un tableau placé à une distance de 12 à 20 pieds. J'ai eu aussi souvent l'occasion de rencontrer ce défaut de la vue, auquel je propose de donner le nom de *myopia in distans.* Cette affection doit nécessairement appartenir à l'histoire générale de la myopie. Elle se range parfaitement sous la définition que Ruete donne de la myopie, qu'il appelle un état spécial de la vision, dans lequel les objets peu distants sont bien et convenablement aperçus, tandis que les objets plus éloignés ne le sont qu'imparfaitement ou pas du tout. La définition que Weller et Himly donnent de la myopie, qui, d'après eux, est un état dans lequel on doit approcher de ses yeux, à une distance de moins de 10 pouces, des caractères moyens pour les reconnaître, est, au contraire, beaucoup trop restreinte.

Voici comment M. Sichel explique le développement de la *myopia in distans.* Les personnes myopes à un degré modéré ont, avec les progrès de l'âge, par suite d'exercices continuels de la faculté d'accommodation, obtenu une telle amélioration qu'elles peuvent lire le caractère ordinaire à la distance de 12 et même de 16 pouces. Mais elles n'ont exercé leurs yeux de cette manière que sur les objets peu distants ; aussi leur vue n'a rien gagné et ne peut rien gagner pour bien apercevoir les objets moins rapprochés : il résulte de là que, relativement à ces derniers, la myopie persiste. Cette manière de voir me paraît fondée. Comme preuve à l'appui, je crois pouvoir citer le fait suivant :

O..., âgé de vingt-deux ans, d'une constitution robuste, dont les yeux offrent une convexité normale de la cornée, l'iris d'une couleur brunâtre, et une pupille habituellement d'un diamètre normal, a un strabisme interne du côté gauche; il voit, en conséquence, confusément les objets peu distants ou éloignés, et il les aperçoit comme à travers un voile épais.

De l'œil droit il voit bien les objets peu distants et peut lire sans lunettes le caractère moyen, à la distance de 10 pouces. Il ne voit que d'une manière imparfaite les objets plus éloignés : à cent pas il ne peut pas, à l'œil nu, distinguer un homme d'une femme. Pour bien voir les objets distants, il doit faire usage de verres très convexes (n° 8), anomalie d'un intérêt tout particulier. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que O..., qui autrefois était graveur, devait se servir fréquemment de la loupe en travaillant. Avec des verres concaves, il voit moins bien qu'à l'œil nu.

J'ai aussi observé cette variété de la myopie chez des jeunes gens qui n'avaient jamais rien tenté pour améliorer l'état de leurs yeux.

Il est facile de comprendre combien la connaissance de ce défaut de la vue a d'importance pour le médecin qui est chargé de la visite des conscrits. La plupart des moyens employés jusqu'ici pour constater la myopie reposent sur la portée de la vue pour les objets peu distants : c'est ainsi que Carron du Villards conseille de faire lire au moyen de lunettes de foyers différents. Dans ce but, Bourgeot de Saint-Hilaire a fait construire un optomètre spécial. Si, à l'aide de cet instrument, il est permis d'apprécier les limites de la vue pour les objets peu distants, on pourra aussi juger par là de la portée de la vue pour les objets plus éloignés. Cependant, ce n'est pas le cas dans la *myopia in distans,* puisqu'ici il n'y a pas de myopie pour les objets rapprochés. Il est donc, par conséquent, fort important que le médecin chargé de la visite des hommes de guerre sache qu'il est des cas dans lesquels certains individus peuvent lire dans un livre, à une distance normale et sans le secours de lunettes, bien qu'ils soient d'ailleurs incapables de bien voir les objets relativement plus éloignés. Néanmoins, il faut avouer qu'il sera difficile, dans des cas semblables, de trouver un moyen capable de constater l'affection et d'empêcher toute erreur.

(*Archives belges de Médecine militaire.*)

Fracture de cuisse non consolidée traitée avec succès par l'acupuncture.

PAR M. LE DOCTEUR LENOIR, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER.

Toutes les méthodes chirurgicales employées contre les pseudarthroses ont pour but d'éveiller un travail inflammatoire dans le tissu fibreux intermédiaire aux fragments osseux, et de provoquer ainsi la sécrétion d'un cal secondaire. Nous ne rappellerons pas les diverses méthodes inventées à cet effet par le génie chirurgical; mais il en est une que nous n'oserions pas recommander d'une façon particulière à nos lecteurs, car deux fois nous l'avons vue suivie d'insuccès entre les mains de son auteur, M. Malgaigne : nous voulons parler de l'acupuncture. L'observation suivante, communiquée à la Société de chirurgie par M. Lenoir, prouve cependant que ce moyen mérite d'être mentionné, bien qu'il n'ait pas donné entre les mains de M. Maisonneuve les mêmes résultats. Les précautions infinies prises par M. Lenoir doivent compter pour beaucoup dans le succès que ce chirurgien a obtenu.

Dupêché, charpentier, âgé de trente-trois ans, dans une chute qu'il fit, de 16 mètres de hauteur, se fractura la cuisse droite.

Il fut transporté immédiatement à la Pitié, dans le service de M. Auguste Bérard. Après un traitement de cinquante-quatre jours, le blessé commençait à marcher à l'aide de béquilles, lorsque M. A. Bérard, pour vaincre la roideur qui existait dans l'articulation du genou, essaya de forcer les mouvements de cette articulation : le col fléchit dans une de ces manœuvres, et les signes de la fracture reparurent. On réduisit de nouveau

les fragments, et un appareil inamovible fut appliqué pour les contenir et les immobiliser ; au bout de deux mois l'appareil fut levé, mais la fracture ne s'était pas consolidée et le malade se fit transporter chez lui. Six mois après, M. Lenoir faisait entrer cet homme dans son service pour y être soumis à l'acupuncture. Mais avant de rien tenter, ce chirurgien voulut entourer son malade de tous les moyens propres à assurer le résultat de cette tentative. Il le fit placer dans un lit mécanique, afin qu'il conservât une immobilité parfaite, même lorsqu'il satisferait à ses besoins naturels. Ensuite, comme la fracture était oblique et le fragment supérieur en biseau très-aigu, les fragments en chevauchant produisirent un raccourcissement d'environ 2 pouces et demi. M. Lenoir fit construire, par un charpentier, ami du blessé, un appareil à extension. Cet appareil consiste en une sorte de boîte longue, ayant à peu près la forme du membre, plus large par conséquent en haut qu'en bas, mais plus longue que lui. La profondeur était d'environ 3 pouces ; il était formé par trois planches de bois léger, intimement unies entre elles. De ces trois planches, l'extrême avait 8 pouces d'étendue en plus que les autres, qui s'arrêtaient à la racine du membre ; cette partie excédante portait à son extrémité supérieure une mortaise destinée à pratiquer la contre-extension. A l'extrémité inférieure de cette sorte de gouttière était adaptée une espèce de treuil muni d'une roue dentée, sur laquelle s'abaissait un cliquet destiné à la fixer. Cet appareil ayant été matelassé de coton cardé, reçut le membre, dont le pied fut enveloppé d'une guêtre de coutil garnie d'un sous-pied. A l'aide de ce sous-pied enroulé autour du treuil, on pratiqua l'extension, tandis que la contre-extension était faite par un lacs bien rembourré, dirigé dans le pli de l'aine, prenant son point d'appui sur l'ischion, tandis que les extrémités venaient se fixer dans la mortaise de la paroi externe de la boîte.

Pendant plusieurs jours, on se borna à resserrer les liens extenseurs à mesure qu'ils se relâchaient. Enfin, le 12 août, sept mois et quelques jours après l'accident, M. Lenoir procéda au placement des aiguilles. Il en mit d'abord quatre de quatre pouces de longueur et surmontées d'une tête. Il en dirigea la pointe le long de la face interne du fragment supérieur, en remontant de l'extrémité à la base de ce fragment, et mettant seulement un demi-pouce d'intervalle entre chaque aiguille. Contre son attente, quoiqu'il les eût enfoncées jusqu'à la tête, il ne rencontra aucun obstacle dans cette introduction. Cela tenait sans aucun doute à ce qu'il existait un certain intervalle entre les deux fragments ; l'extension opérée par l'appareil n'ayant eu d'autre effet que de réduire la fracture suivant la longueur du membre, et non suivant son épaisseur. Les quatre aiguilles restèrent en place pendant six jours ; elles déterminèrent d'abord la rougeur à la peau, puis la production d'un peu de pus qui se montra autour d'elles et les rendit mobiles, enfin un léger gonflement et de la douleur dans l'épaisseur du membre. Tout cela indiquant que l'inflammation s'était développée, le chirurgien retira les quatre aiguilles ; et après les avoir nettoyées les replaça au-dessus des premières piqûres en suivant toujours la direction du fragment supérieur et en laissant entre elles le même intervalle qu'entre les précédentes. Cette seconde opération présenta les mêmes phénomènes que la première ; au bout de cinq jours, les aiguilles étant devenues mobiles, on les enleva, et cette fois, jugeant le travail inflammatoire assez étendu pour produire la cicatrice, on s'abstint de toute nouvelle tentative. On combattit par des cataplasmes, la diète et les boissons rafraîchissantes le gonflement inflammatoire du membre, et quand il se fut dissipé, on rapprocha davantage les deux surfaces des fragments à l'aide de petites attelles placées autour de la cuisse et serrées avec deux courroies de cuir, pratique déjà employée d'ailleurs par Amesbury. Chaque jour l'appareil était visité et resserré au besoin.

Au bout de vingt-trois jours, en vue de savoir où en était le travail de consolidation, on mit le membre tout à fait à découvert, et l'on constata qu'il ne se déviait ni se raccourcissait ; mais la main passée sous le point fracturé le sentait encore céder. Les attelles immédiates furent appliquées, le membre fut remis dans sa gouttière et l'extension continuée. Ce ne fut que trente-cinq jours après qu'on se livra à un nouvel examen, et alors on trouva assez de solidité au cal pour débarrasser la cuisse de toute pièce d'appareil. Mesuré avec soin, le membre entier n'offrait que 2 centimètres de moins que celui du côté opposé ; l'articulation du genou était roide, mais la rotule était encore un peu mobile en travers ; la cuisse et la partie supérieure de la jambe étaient le siége d'un gonflement œdémateux très-marqué, mais, du reste, il n'y avait pas de difformité apparente au niveau de la fracture, et le cal n'était pas très-volumineux ; enfin l'articulation coxo-fémorale était mobile, et le blessé pouvait soulever son membre par la seule action musculaire. Pour plus de sûreté, on lui recommanda de garder encore le lit, et pendant quinze jours qu'il y resta, on combattit le gonflement œdémateux de la jambe par des fomentations de vin aromatique et par la compression exercée au moyen d'un bandage roulé. Au bout de ce temps il se leva et marcha d'abord avec des béquilles et plus tard avec un seul bâton ; enfin il sortit guéri de l'hôpital, et M. Lenoir a su depuis qu'étant retourné dans son pays (l'Auvergne), il avait, pendant tout l'automne suivant, conduit une charrue, et que maintenant il se livrait sans difficulté aux travaux des champs.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALES.

Accouchement compliqué du rétrécissement du bassin.

Application du forceps. Emphysème interlobulaire des deux poumons chez le nouveau-né.

PAR M. LE DOCTEUR A. NOTTA, INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS.

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 septembre 1850 pour accoucher. Le lendemain, à la visite, M. Nélaton constate un rétrécissement du bassin dans son diamètre antéro-postérieur, produit par une saillie très prononcée de l'angle sacro-vertébral. Le doigt atteint cet angle avec la plus grande facilité, et on reconnaît que le diamètre sacro-pubien a au plus 7 centimètres et demi. La poche des eaux est crevée, et la tête, qui se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure, repose sur le détroit supérieur. En auscultant au-dessus des pubis, on entend très distinctement les battements du cœur du fœtus, qui ont leur rhythme normal. La malade affirmait qu'elle était déjà accouchée de deux enfants à terme, bien conformés ; mais que chaque fois les enfants étaient venus morts, après un travail très long, sans que cependant on ait été obligé d'avoir recours à l'application du forceps. M. Nélaton, espérant que la tête pourrait s'engager davantage sous l'influence des contractions utérines, voulut attendre avant d'appliquer le forceps, et il nous recommanda de surveiller la malade et l'état des battements du cœur du fœtus.

A trois heures de l'après-midi, la tête était un peu plus engagée que le matin ; mais, en somme, on avait gagné peu de chose, et depuis deux heures elle n'avançait plus. L'enfant vivait encore ; on percevait très distinctement les battements du cœur, mais ils étaient moins fréquents que le matin. J'appliquai le forceps sans difficulté, et au bout d'un quart d'heure de tractions modérées j'amenai l'enfant. Cet enfant est à terme ; il est fort, bien développé ; sa tête est déformée et allongée, mais son volume est normal. Les lèvres sont violacées, la face est congestionnée ; il y a résolution des mem-

bres. Le cœur bat encore, et on sent des pulsations dans le cordon. Après avoir coupé le cordon, je laisse écouler une forte cuillerée de sang. Alors l'enfant soulève un peu sa poitrine et fait une demi-inspiration. Aucune nouvelle inspiration ne la suivit, et les battements du cœur diminuèrent de fréquence et de force, tellement qu'on ne les sentait plus dans le cordon. A l'aide d'une barbe de plume, je débarrassai les voies aériennes des mucosités qu'elles pouvaient contenir ; des percussions assez énergiques furent faites sur les fesses avec la face palmaire des doigts; on chercha à établir le mouvement respiratoire en comprimant et relâchant alternativement les parois du thorax. Ensuite, comme l'enfant commençait à se refroidir, on le plongea dans un bain tiède, puis on le frictionna avec de l'eau-de-vie camphrée. Tous ces moyens restant sans efficacité, et les battements du cœur diminuant de telle sorte qu'il n'y en avait plus que 20 à 30 par minute, j'introduisis dans l'arrière-gorge une sonde de femme, et je cherchai à la faire pénétrer dans le larynx; puis, avec la bouche et avec beaucoup de ménagements, je fis trois ou quatre insufflations. J'enveloppai ensuite l'enfant dans des alèzes très chaudes et l'exposai subitement à l'air froid. Un de mes collègues, M. Dufour, qui était présent, appliquant sa bouche sur celle de l'enfant et lui pinçant le nez, aspira l'air contenu dans les voies respiratoires, et y souffla à plusieurs reprises avec force. Sous l'influence de ces divers moyens, l'enfant fit quelques courtes et rares inspirations; les battements du cœur augmentèrent de fréquence. Alors nous le plaçâmes de nouveau dans un bain chaud, et de temps à autre nous lui versâmes un filet d'eau froide sur la tête et sur l'épigastre. Les inspirations devinrent un peu plus fréquentes; mais elles étaient toujours très courtes. La face antérieure de la poitrine était un peu saillante, et à la percussion elle paraissait rendre un son exagéré. Toutes ces tentatives pour ramener l'enfant à la vie durèrent au moins deux heures. Au bout de ce temps, la respiration s'était établie, mais elle était anxieuse; les inspirations étaient très courtes et l'expiration presque nulle. L'enfant n'avait pas crié ni fait de mouvements; le pouls était à peu près normal. Les lèvres étaient devenues roses. On l'enveloppa dans des alèzes chaudes et on le plaça près du poêle.

A huit heures du soir, les lèvres sont violacées, une écume sanguinolente sort par la bouche et le nez; la respiration est plus courte et plus rare ; le pouls est moins fort et moins fréquent. A neuf heures, il meurt.

Autopsie 14 heures après la mort par une température froide.

Pas de traces de putréfaction. La poitrine est ouverte avec la plus grande précaution, et, avant d'en extraire les poumons, nous constatons que ceux-ci présentent un emphysème interlobulaire extrêmement prononcé; ils ne s'affaissent pas. Quelques-unes des cellules du tissu cellulaire interlobulaire distendues par de l'eau font saillie à sa face antérieure, et ont le volume d'un haricot. Après avoir enlevé les poumons avec soin, sans violence, on voit que l'emphysème interlobulaire est presque général ; il est surtout très marqué au niveau des scissures interlobaires, à la base des poumons et sur leur bord tranchant. Les poumons présentent une teinte rosée uniforme, et on reconnaît que toutes leurs parties ont été pénétrées par l'air. En arrière, leur coloration est légèrement violacée, leur densité plus grande, et il est évident que dans ce point ils sont congestionnés; on n'y rencontre aussi presque pas de traces d'emphysème. La pièce a été présentée à la Société anatomique et déposée au Musée Dupuytren.

Les os du crâne sont intacts et exempts de fracture. On trouve un peu de sang liquide épanché en nappe dans la cavité arachnoïdienne, au niveau des lobes postérieurs du cerveau et sur le cervelet. Après avoir enlevé les membranes, on trouve la substance cérébrale saine, n'offrant aucune trace de contusion ni d'épanchement dans son intérieur. Il n'y a pas de sang épanché dans les ventricules.

En lisant cette observation, on doit se demander quelle est la cause de l'emphysème si considérable que nous avons constaté à l'autopsie. Et d'abord, on ne saurait admettre qu'il a été produit par le fait même de l'autopsie, puisque les plus grandes précautions ont été prises pour ne pas blesser les poumons, et que l'existence de l'emphysème a été constatée sur place avant d'extraire ces organes de la poitrine.

Ne pourrait-on pas l'attribuer à l'insufflation qui a été pratiquée pendant la vie ? Deux modes d'insufflation ont été employés, avec une sonde de femme et de bouche à bouche. Quant aux insufflations que j'ai faites avec une sonde de femme, elles ont été très peu énergiques, car, sachant que l'on avait reproché à l'insufflation de déterminer l'emphysème, et l'employant pour la première fois, j'agissais avec une certaine timidité et une grande réserve; il est même probable que la sonde n'avait pas pénétré dans le larynx. J'ai, en effet, répété depuis l'expérience sur des cadavres d'enfants, et j'ai pu me convaincre que cette petite manœuvre opératoire exige une certaine habitude. En sorte qu'il me paraît impossible de voir dans ces insufflations la cause de l'emphysème, surtout depuis les recherches importantes de M. Depaul sur ce sujet (*Journal de Chirurgie*, 1845).

Les insufflations de bouche à bouche ont été faites avec force; mais j'ai peine à croire qu'elles aient introduit de l'air dans les poumons. En effet, dans ce cas, la colonne d'air a dû avoir pour effet d'abaisser l'épiglotte et de rapprocher les lèvres de la glotte qui s'opposaient ainsi à son passage. D'ailleurs, si un des deux modes d'insufflation qui ont été employés avait eu pour résultat de produire l'emphysème que nous avons constaté à l'autopsie, l'enfant serait mort aussitôt, et nous n'aurions pas vu s'établir cette respiration qui, bien qu'incomplète, a persisté près de quatre heures. Aussi est-il probable que nos tentatives d'insufflation ne sont pour rien ni dans la production de l'emphysème, ni dans le retour de l'enfant à la vie. A quelle cause devons-nous donc attribuer l'emphysème ? La solution de cette question est fort embarrassante. Par voie d'exclusion, on serait tenté de le regarder comme congénial. Je n'oserais cependant l'affirmer, et j'ai dû livrer le fait tel que je l'ai observé, en attendant que l'observation ultérieure puisse en donner une explication satisfaisante.

Observation sur les adhérences du placenta et des membranes.

PAR M. LE DOCTEUR CORBETT (D'ÉDIMBOURG), ET RÉFLEXIONS PAR M. LE DOCTEUR DANYAU, PROFESSEUR ADJOINT A L'HOPITAL DE LA MATERNITÉ DE PARIS.

M. le docteur Corbett a inséré dans le numéro de juillet du *Monthly Journal* une observation remarquable d'adhérences du placenta et des membranes, suivie de réflexions. Nous allons faire connaître d'abord l'observation; nous dirons ensuite quelques mots des réflexions de l'auteur, auxquelles nous en ajouterons nous-même quelques-unes.

Mme S..., âgée de trente ans, dans le septième mois de sa grossesse, d'un tempérament débilité, se plaignit à moi, le 16 mai 1850, de douleurs de ventre datant de quatre jours et attribuées par la malade à une frayeur. Elle me dit que les membranes étaient rompues et que les eaux s'étaient écoulées en abondance. Le col de l'utérus admettait seulement l'extrémité du doigt. Je ne pus distinguer si les eaux s'étaient ou non écoulées. — On administre un opiacé.

Le 17, même état qu'hier. — Même prescription.

Le 18, orifice utérin de la largeur d'une pièce de trois francs; douleur manifestement utérine; perte considérable de sang. Comme la malade était d'un tempérament faible, que l'enfant était petit et probablement mort, puisque la mère ne sentait plus remuer, et que les bruits du cœur ainsi que le souffle placentaire avaient cessé d'être entendus, je résolus de terminer l'accouchement, et je prescrivis quatre doses d'infusion d'ergot (d'une demi-drachme dans chaque infusion) pour être données de vingt en vingt minutes. Aucun effet n'est obtenu.

Le 19, la malade a bien dormi. Orifice utérin un peu plus dilaté; écoulement encore considérable. Les douleurs sont celles de l'enfantement et plus fortes qu'hier. Ergot de seigle aux mêmes doses qu'hier. Le médicament est fraîchement préparé. Les douleurs deviennent aussitôt plus fortes et plus fréquentes; quelques-unes même sont énergiquement expulsives; mais l'effet du médicament s'épuisa avant que la délivrance pût s'effectuer. J'administrai alors un opiacé.

Le 20, la malade a eu quelques heures de sommeil réparateur pendant la nuit; et ce matin, à neuf heures et demie, le fœtus a été expulsé avec très peu de douleur. A mon arrivée je le trouvai dans un état de putréfaction ; l'utérus était flasque et contenait encore le placenta; le cordon se détacha à la plus légère traction.

Après une douche de Whisky (espèce de liqueur forte), pratiquée sur l'abdomen, après avoir pressé vivement l'utérus, et mis en usage pendant une demi-heure les moyens usités pour exciter ses contractions, la main gauche fut complétement introduite dans sa cavité; les membranes adhéraient dans toute leur étendue, tellement que je ne pus sentir d'une manière certaine où commençait la circonférence du placenta. La méthode ordinairement employée pour séparer celui-ci des parois utérines en introduisant entre ses parois et le placenta l'extrémité des doigts, auxquelles on imprime des mouvements de va-et-vient; cette méthode étant reconnue impossible, j'eus recours, et sans succès, à celle de Hamilton et de Burus. L'utérus se contracta énergiquement sur la main, mais devint tout à fait flasque aussitôt qu'elle fut retirée; les manœuvres durèrent environ 40 minutes. Des compresses et un bandage serré furent appliqués, on prescrivit un grain d'opium et la malade fut abandonnée au repos. Elle allait aussi bien qu'on peut l'espérer dans la convalescence ordinaire de l'accouchement, lorsque dans la soirée du 25, après une hémorrhagie de 12 ou 14 onces de sang seulement, elle mourut en 4 heures, malgré l'emploi énergique des stimulants, et sans s'être relevée de l'état de collapsus où elle était tombée immédiatement après l'hémorrhagie.

Comme j'avais acquis la certitude, à ma première tentative, de l'ahdésion du placenta à l'utérus, je ne la renouvelai point, mon opinion étant que dans des cas semblables on doit s'en tenir à un premier essai.

Autopsie, 60 heures après la mort.

Utérus de six pouces et demi de long sur quatre et demi de large, donnant la sensation d'un sac vide, mais présentant une surface saine. Une incision longitudinale pratiquée sur sa paroi antérieure permet de voir le placenta et les membranes qui en remplissent la cavité. Sa surface interne présente une teinte vert-sale ou noirâtre; après un lavage répété on voit qu'elle est entièrement tapissée par une membrane d'apparence granuleuse et charnue, d'au moins un huitième de pouce d'épaisseur. Cette membrane fut séparée avec difficulté dans une petite étendue de ce qui paraissait être la muqueuse désorganisée de l'utérus. L'adhérence du placenta était telle, qu'on ne pouvait le détacher sans en déchirer la substance ou celle de l'utérus. Nous ne pûmes découvrir le point qui avait fourni l'hémorrhagie. Le placenta ressemblait à un poumon hépatisé, mais était plus fibreux et confondu avec l'utérus au point qu'on ne pouvait distinguer l'endroit où il commençait. L'adhérence des membranes, du reste, était telle qu'elle aurait suffi pour produire la rétention du placenta.

M. Corbett ayant pris des renseignements sur les accouchements précédents de Mme S..., apprit ce qui suit:

Le 25 octobre 1845, accouchement très lent, point d'obstacle mécanique; forceps proposé, mais refusé par la malade et ses amis; enfin la délivrance a lieu; rien d'anormal relativement à l'enfant; placenta adhérent; tractions sur le cordon sans résultat; introduction de la main, qui parvient avec peine à détacher le placenta avec l'extrémité des doigts; légère hémorrhagie consécutive; rétablissement facile.

Rien d'anormal dans les accouchements précédents.

Dans le quatrième accouchement, qui eut lieu le septième mois, elle fut assistée par M. Parker, qui éprouva de grandes difficultés à extraire le placenta qu'il n'obtint qu'en lambeaux.

Le rétablissement fut facile.

Dans le cinquième accouchement, arrivé à terme, le docteur Cuningham réussit à extraire le placenta entier, mais avec les plus grandes difficultés.

L'observation de M. le docteur Corbett est remarquable à plusieurs égards :

1° Elle confirme ce que l'expérience a déjà appris sur la prédisposition de certaines femmes aux adhérences du placenta, et de la nécessité où l'on est, à chacun de leurs accouchements, d'opérer artificiellement la délivrance. Ainsi, chez une dame à laquelle M. Danyau a donné des soins, quatre fois, dans quatre accouchements successifs, il fallut porter la main dans l'utérus pour détruire les adhérences qui s'opposaient à l'expulsion du délivre.

2° Elle signale une circonstance fort rare, sinon inouïe, l'adhérence complète non-seulement du placenta, mais encore de la totalité des membranes. Néanmoins, tout n'est peut-être pas aussi satisfaisant qu'on pourrait le désirer dans l'exposition de ce fait. Nous sommes loin de mettre en doute l'exactitude du récit du docteur Corbett. Nous admettons volontiers qu'il lui a été impossible d'arriver à la circonférence du placenta en dehors des membranes, et qu'il n'a pu même essayer de détruire les adhérences anormales qui s'opposaient à la délivrance. Mais nous ne pouvons alors nous expliquer comment une hémorrhagie mortelle a pu se produire. L'hémorrhagie n'est à craindre que dans le cas d'adhérence partielle. Tant que le placenta n'est pas détaché en partie, tant que les vaisseaux utéro-placentaires sont intacts, il n'y a point d'orifices vasculaires capables de verser une quantité notable de sang, capables surtout d'en fournir en assez grande abondance pour mettre la vie en danger; bien moins encore au point d'occasionner la mort. Entre les membranes et la surface utérine, il n'y a plus, à terme, qu'un appareil vasculaire atrophié : aussi est-ce sans hémorrhagie et même sans écoulement de sang que se décollent les membranes tout autour et à une certaine distance de l'orifice dans l'accouchement naturel, et qu'on en opère le décollement quelquefois à une grande hauteur dans l'accouchement artificiel par la version. Ce n'est donc pas à la surface de contact de l'utérus et des membranes que l'hémorrhagie a pu se produire. Alors, de quelle source le sang provenait-il donc? C'est ce qui est resté inexpliqué, et qui demeure, ce nous semble, inexplicable, si on admet, ainsi que nous l'avons fait, comme parfaitement exacts, les détails de l'autopsie.

3° L'auteur fait entendre que l'adhérence des membranes peut être une cause de rétention du placenta. Mais ce n'est pas des circonstances de son observation qu'une pareille conclusion pourrait être tirée. Ici le placenta adhérait par lui-même, et cette cause suffisait bien pour mettre obstacle à la délivrance naturelle. Que l'adhérence anormale des enveloppes fœtales rende l'extraction complète du *délivre* plus difficile, qu'elle expose l'accoucheur le plus exercé et le plus attentif à laisser dans l'utérus quelques portions et quelquefois même une large étendue des membranes, c'est un fait hors de doute; mais il y a loin de là, sous tous les rapports, à la rétention du placenta proprement dit.

4° On s'est longtemps accordé à attribuer les adhérences utéro-placentaires à la formation d'une fausse membrane, résultat d'une inflammation développée à la surface interne de l'utérus pendant la grossesse, et quelquefois annoncée par une douleur locale persistante ou du moins prolongée. Mais outre que cette douleur ne s'observe pas à beaucoup près toujours, la pseudo-membrane n'offre pas non plus le plus généralement les caractères des pseudo-membranes ordinaires. La couche, d'aspect granuleux et charnu, constatée dans le cas du docteur Corbett, semble se rapporter bien plus à une caduque infiltrée de sang, et dans laquelle ce liquide a subi quelques-unes des modifications par lesquelles il passe quand il est une fois sorti de ses vaisseaux. Aussi ce cas semble-t-il plus favorable à l'opinion des pathologistes qui rattachent toutes les altérations placentaires ou péri-placentaires aux diverses transformations du sang épanché ou infiltré, qu'à la théorie presque universellement abandonnée de l'inflammation. Sans rejeter absolument cette théorie, le docteur Corbett pense qu'elle n'est pas applicable dans tous les cas. Suivant lui, la prédisposition aux adhérences tiendrait à un état de l'économie qui exagère l'action vitale de l'utérus, sans pourtant la porter nécessairement jusqu'à l'inflammation. Les développements qu'il donne à cette explication n'ajoutent rien à la précision qui lui manque. Qu'est-ce qui prouve, comme il cherche à l'établir, que l'état du sang pen-

dant la grossesse doit être considéré comme la cause des adhérences utéro-placentaires ? Au lieu d'être générale, la cause ne serait-elle pas purement locale ; ne résiderait-elle pas dans l'utérus lui-même? Entre ces deux explications, nous n'avons jusqu'à présent aucune raison de faire un choix, et nous pensons qu'il est plus sage, dans le doute, de s'abstenir.

5° Les adhérences étaient ici indestructibles; certes, mieux vaut en pareil cas ne pas persister dans des tentatives qui peuvent avoir pour résultat des lésions graves de l'utérus. On peut, on doit se confier à la faculté d'absorption, dont plusieurs observations prouvent que l'utérus est doué. Mais l'expectation a pourtant ses limites, et dès qu'un accident grave, une hémorrhagie peut se manifester, il est de règle de faire de nouvelles tentatives d'extraction. Ou le placenta est devenu libre dans une certaine étendue, et en même temps plus facile à décoller dans le reste, et l'extraction devient possible en totalité ou en partie; ou bien l'adhérence est toujours aussi intime; et si, nonobstant, l'hémorrhagie est menaçante, ce qui, nous le répétons, nous paraît difficile à comprendre, le tampon offre une utile ressource et laisse le temps d'aviser.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Traitement de l'impétigo par les purgatifs et les topiques astringents.

Dans un cas d'impétigo remarquable par l'abondance de la suppuration, chez un sujet lymphatique, M. Cazenave a obtenu une guérison assez rapide par l'emploi des purgatifs, d'une part, qu'il met en usage dans presque tous les cas d'impétigo, et des topiques astringents, qui sont plutôt nuisibles qu'utiles dans les cas ordinaires, mais que M. Cazenave a vus très bien réussir chez les individus lymphatiques, où s'observent quelquefois les exemples rares d'impétigo à sécrétion très abondante.

Voici les deux formules employées par M. Cazenave :

Infusion de roses rouges. . .	200 grammes.
Sulfate de zinc.	60 centigr.
Laudanum.	2 grammes.

Essuyer légèrement après chaque lotion, et saupoudrer avec un peu d'amidon sec.

Après l'emploi de cette formule et de légers purgatifs, l'éruption résista plusieurs jours encore à l'emploi des cataplasmes et de légers laxatifs, puis elle céda à l'usage des lotions suivantes :

Infusion de roses rouges. . .	500 grammes.
Tannin.	3 grammes.

Voici quelques autres formules que M. Cazenave publie dans le dernier numéro des *Annales des maladies de la peau et de la syphilis.*

Des lotions de chloroforme dans le traitement des maladies prurigineuses.

J'ai été quelquefois obligé de remplacer par des lotions la pommade au chloroforme chez les individus qui ne peuvent pas supporter un corps gras. Je me sers alors de la formule suivante:

Chloroforme.	1 gramme.
Eau distillée.	125 grammes.

F. S. A. pour usage externe.

A renfermer dans un flacon pouvant contenir le double de la quantité du liquide, de manière à pouvoir agiter fortement le mélange chaque fois qu'on voudra s'en servir.

DE L'EMPLOI DU BI-IODURE DE MERCURE COMME TOPIQUE DANS LES MALADIES DE LA PEAU.

Pommade de Biett.

Deuto-iodure de mercure. . .	75 centigr.
Axonge.	60 grammes.
Essence de bergamote. . . .	10 gouttes.

F. S. A.

Pour onctions légères, sur des plaques isolées de psoriasis, dans la syphilis tuberculeuse, l'acné indurata, le favus.

Solution éthérée de bi-iodure.

Bi-iodure de mercure. . . .	75 centigr.
Ether sulfurique.	60 grammes.

F. dissoudre.

C'est à peu près tout ce que peut en dissoudre l'éther.

Il en résulte une liqueur non colorée, mais qui dépose à l'instant, par la volatilisation de l'éther, une couche rouge sur les points qui ont été touchés.

Préparation relativement peu active, applicable surtout chez les jeunes sujets, dans les cas d'ulcères scrofuleux peu profonds, de lupus ulcérés peu étendus.

Je lui préfère généralement la formule suivante :

Pâte liquide de bi-iodure.

Bi-iodure de mercure. . . .	15 grammes.
Huile d'amandes douces. . .	10 grammes.
Axonge.	5 grammes.

F. S. A.

Cette pâte, demi-liquide, facile à appliquer, est un topique très énergique et très efficace contre les vastes ulcérations syphilitiques et scrofuleuses, et surtout dans le traitement du lupus ulcéré ou non, surtout des lupus avec hypertrophie.

Je l'emploie ordinairement dans ces proportions, mais on peut diminuer la quantité de bi-iodure de mercure suivant la gravité de la maladie et l'effet que l'on veut obtenir.

On l'applique avec un pinceau, à l'aide duquel on étend une légère couche sur le point malade.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *décembre* 1850. — Présidence de M. BRICHETEAU.

M. Gibert lit un rapport sur les mémoires et ouvrages présentés pour concourir aux divers prix de l'Académie.

M. le président proclame ensuite, dans l'ordre suivant, les noms des lauréats.

Prix de l'Académie. — Ce prix était de 1,000; 700 fr., reliquat des années précédentes, étaient en outre disponibles.

L'Académie accorde :

1° Un encouragement de 800 fr. à M. Leudet (Théodore-Emile), interne à l'hôpital des Cliniques, auteur du mémoire n° 4;

2° Un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Abeille, médecin-adjoint à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, auteur du mémoire n° 3 ;

3° Un encouragement de 400 fr. à M. le docteur Henry Gintrac (de Bordeaux), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. Portal. — Faire l'anatomie pathologique du cancer.

Ce prix était de 1,200 fr.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Broca, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux. — Ce prix était de 1,000 fr.

L'Académie décerne :

1° Le prix de 1,000 fr. à M. le docteur Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 5.

2° Une mention honorable à M. le docteur Jules Gimelle, auteur du mémoire n° 6.

M. le président annonce ensuite quels seront les prix décernés en 1852.

Prix de l'Académie.

L'Académie met au concours la question suivante; « Du seigle ergoté considéré sous le rapport physiologique, sous le rapport obstétrical et sous le rapport de l'hygiène publique. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. Portal.

L'Académie met au concours la question suivante : « L'anatomie pathologique de l'inflammation du tissu osseux. »

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.

Madame de Civrieux ayant mis à la disposition de l'Académie un prix annuel pour l'auteur du meilleur ouvrage sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse, l'Académie met au concours la question suivante : « Etiologie de l'épilepsie. Rechercher les indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement soit préventif, soit curatif de la maladie. »

La valeur du prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard, membre de l'Académie de Médecine.

Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de Médecine une inscription de 1,000 fr. à 5 pour 100 pour fonder un prix triennal de 3,000 fr., qui sera décerné au meilleur livre ou au meilleur mémoire de *médecine pratique* ou de *thérapeutique appliquée;* et, pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. »

Ce prix, dont le concours est ouvert depuis le 22 septembre 1849, sera décerné en 1852.

Prix fondé par M. d'Argenteuil.

Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de Médecine de Paris la somme de 30,000 fr., pour être placée, avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rentes sur l'Etat, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans le cas seulement où, pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

L'Académie n'ayant pas décerné le prix destiné à rémunérer les perfectionnements qui auraient pu être apportés à la thérapeutique des rétrécissements du canal de l'urètre, et subsidiairement à celle des autres maladies des voies urinaires pendant la première période (1838 à 1844), les perfectionnements proposés ne lui ayant point paru assez importants pour mériter soit le prix, soit même des encouragements pécuniaires ; les fonds provenant de ce prix seront reportés sur les périodes suivantes : en conséquence, le prix à décerner en 1851 à l'auteur du perfectionnement jugé assez important pour la seconde période (1844 à 1850) sera de la valeur de 12,000 fr.

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets des prix qu'elle a proposés pour 1851.

Prix de l'Académie. — Des tumeurs blanches.

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. Portal. — L'anatomie du foie et le foie gras.

Ce prix sera de 1,200 fr.

Prix fondé par Mme de Civrieux. — Des convulsions.

Ce prix sera de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre à l'auteur du meilleur ouvrage sur la mélancolie.

Ce prix sera de 1,800 fr.

Les mémoires devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars 1851.

N.-B. — Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement avant le jugement sera par ce seul fait exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont exceptés de cette disposition.

Après la proclamation de ces prix, la parole est donnée à M. Fr. Dubois pour prononcer l'éloge de Richerand. L'étendue de ce discours nous empêche de le reproduire.

Séance du 24 décembre 1850. — Présidence de M. Bricheteau.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance officielle.

1° Envoi d'un spécifique contre la fièvre simple et pernicieuse.

2° Envoi d'échantillons d'eaux minérales découvertes à Batignolles et à Auteuil.

3° Envoi par le préfet de police des tables de mortalité dans la ville de Paris pendant le mois de novembre 1850.

Candidature.

M. Jacquemier se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'accouchements.

Correspondance manuscrite — Scarificateur utérin.

M. Mayer, de Belfort, adresse un instrument destiné à pratiquer des scarifications sur le col utérin.

Traitement des varices par l'acupuncture.

M. Castelnuovo envoie un mémoire sur ce sujet.

Lèpre.

M. Bourcier, ex-consul de France à Quito, envoie une description de la lèpre faite par le docteur Echeverria, qui est lui-même atteint de cette maladie et qui est renfermé comme tel dans un asile spécial de Quito.

Grossesse et phthisie.

M. Dubreuilh fils envoie un mémoire sur l'influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement sur le développement et la marche de la phthisie.

Variole.

Relation par madame Limousin, sage-femme, d'une épidémie variolique qui a régné à Romorantin.

Tératologie.

Mademoiselle Geisler, sage-femme, envoie, par l'intermédiaire de M. Rotureau, un fœtus qui est venu au monde dépourvu de la partie supérieure du crâne. Ce fœtus n'a vécu que quelques heures.

Choléra.

M. Beyrau envoie la statistique du choléra de 1849 dans l'île de Malte.

— Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie procède aux nominations suivantes :

Sont nommés pour l'année 1851 :

Président, M. Orfila.
Vice-président, M. Louis.
Secrétaire annuel, M. Gibert.

Membres du conseil :

MM. Bricheteau,
Jobert,
Boutron.

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 décembre 1850. — Présidence de M. Duperrey.

PRIX DÉCERNÉS POUR LES ANNÉES 1849 ET 1850.

(Aux prix que nous avons annoncés dans notre dernier compte-rendu, il faut ajouter les suivants :)

Prix de statistique (pour 1849) à MM. Martin, médecin à l'hôpital du Dey, et Foley, médecin à l'hôpital civil d'Alger, pour leur *Histoire statistique et médicale de la colonisation algérienne.*

Mention honorable à M. de Watteville pour son *Rapport sur le service des enfants trouvés et abandonnés en France.*

— (Pour 1850) à MM. Boutron-Charlard et Ossian Henry, pour leur *travail sur la constitution chimique des eaux du département de la Seine.*

Prix de physiologie expérimentale (pour 1849 et 1850). — Le prix n'a pas été décerné.

Une mention honorable à M. Stannius pour son ouvrage intitulé: *Recherches anatomiques et physiologiques sur le système nerveux périphérique des poissons;*

Et à M. Hollard pour sa *Monographie anatomique du genre actinien.*

Prix relatifs aux arts insalubres. — Récompense de 500 fr. à MM. de Cavaillon et Mallet pour leurs procédés destinés à l'épuration du gaz de l'éclairage.

SUJETS DE PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1851, 1852 et 1853.

Grand prix des sciences physiques à décerner en 1853. — « Etudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les différents terrains sédimentaires suivant leur ordre de superposition. Discuter la question de leur apparition et de leur disparition successive ou simultanée. Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne organique et ses états antérieurs. »

— La question suivante proposée pour 1849, n'ayant point été traitée, est remise au concours pour 1853 :

« Etablir, par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre soit dans l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryologie comparée. »

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie adjugera, dans la prochaine séance publique, une médaille d'or de la valeur de *huit cent quatre-vingt-quinze francs* à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

Prix Cuvier. — Il sera décerné, dans la séance publique de 1851, un prix de 1,500 fr. (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis la mort de ce grand naturaliste, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Séance du 23 *décembre* 1850. — Présidence de M. DUPERREY.

Sur la médication anesthésique locale.

M. Aran communique sur ce sujet une note analogue à celle qu'il a déjà présentée à l'Académie de Médecine, et dans laquelle il expose les avantages relatifs des agents anesthésiques localement appliqués contre les douleurs, quelles qu'en soient les causes. L'agent qu'il a trouvé le plus efficace est l'éther chlorhydrique chloré.

Staphyloraphie pratiquée par le procédé de M. Sédillot.

M. Delporte (de Tournay) adresse l'observation suivante sur un fait de staphyloraphie qui vient à l'appui du procédé communiqué à l'Académie par M. Sédillot pour remédier aux divisions anormales du voile du palais.

Mademoiselle R..., âgée de vingt-sept ans, porte depuis sa naissance une division du voile du palais et des os palatins. La base de l'angle formé par cette ouverture anormale mesure au moins 4 centimètres. Le sommet est assez arrondi. Les deux moitiés du voile du palais, un peu atrophiées, sont retirées sur elles-mêmes et appliquées sur les parois latérales de l'isthme du gosier. Lorsque la malade avale sa salive, en tenant la bouche ouverte, on voit que leur bord tend à se rapprocher, excepté dans leur partie moyenne, où il se forme de chaque côté un angle rentrant et à sommet très arrondi. La moitié gauche de la luette est un peu plus large que la droite. En saisissant ces deux appendices avec une pince à pansement et en les tirant de dehors en dedans, on peut, sauf dans leur partie supérieure, mettre en contact les deux lèvres du voile du palais.

La difficulté de la parole est extrême. Le nasonnement est si marqué, qu'il semble que toute la voix sort par les fosses nasales. La majeure partie des mots que la malade prononce est inintelligible pour les personnes qui n'ont pas une grande habitude de l'entendre parler. Les syllabes qui s'articulent par le secours de la gorge sont comme soufflées avant d'avoir pris une forme, si l'on peut ainsi parler. La déglutition se fait assez bien, quoique de temps en temps les aliments liquides et les boissons refluent par les fosses nasales.

J'opérai cette malade le 15 octobre dernier, en suivant absolument le procédé de M. Sédillot. Une complication à laquelle je ne m'attendais pas m'arrêta lorsque je voulus pratiquer les points de suture. Cette complication était l'absence d'une certaine étendue de la portion horizontale des os du palais. Je dus alors faire subir une modification au procédé opératoire que j'avais suivi, afin de combler par des lambeaux de la muqueuse du palais l'intervalle existant entre ses os. Pour cela, je pratiquai, d'arrière en avant, une incision médiane de 1 centimètre de longueur, partant du sommet de la division normale. De l'extrémité antérieure de cette incision, j'en fis partir deux autres transversales de même longueur, afin de détacher la membrane muqueuse du palais et de chercher ensuite à la faire glisser sur le vide interosseux. Le peu d'extensibilité de la membrane du palais empêcha d'obtenir dans cet endroit un contact immédiat; aussi n'y eut-il que la cicatrisation du voile du palais qui s'effectua. Il resta entre les os palatins une ouverture pouvant admettre la pulpe du doigt auriculaire. Ne pouvant, pour le moment, remédier à cet état de choses, j'ajournai cette seconde opération jusqu'au 20 novembre dernier. La muqueuse palatine, qui se trouvait à droite de l'ouverture que j'avais obtenue, me paraissant plus épaisse et mieux nourrie que celle qui recouvrait le côté gauche, ce fut à droite, quoiqu'il y eût plus de difficulté, que je détachai un lambeau de 2 centimètres de longueur, large de 1 centimètre à sa partie supérieure ou adhérente, et de 1 centimètre 1/2 à son bord inférieur, point devenu libre et devant être reuni au côté inférieur de l'ouverture palatine, constitué, depuis la première opération, par la région supérieure et moyenne du voile du palais. Les points de suture nécessaires pour fixer ce lambeau ayant été pratiqués, l'ouverture palatine fut hermétiquement fermée. J'espérais une entière réussite, mais la moitié inférieure du lambeau se gangrena, et il ne resta à la malade que le bénéfice de la première opération.

Malgré l'insuccès de la palatoplastie, la staphyloraphie, pratiquée d'après le procédé et avec les ingénieux instruments de M. Sédillot, n'en a pas moins complétement réussi et singulièrement amélioré la position de l'opérée. Elle peut aujourd'hui se faire comprendre des personnes pour qui sa parole était auparavant inintelligible.

Sur l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes.

M. Boinet écrit à l'occasion de la communication faite à l'Académie dans la précédente séance par M. le docteur Borelli, de Turin, concernant un mode particulier d'emploi des injections iodées dans le traitement des tumeurs kystiques. M. Boinet fait observer que le procédé décrit par M. Borelli n'est pas nouveau, qu'il a été publié et mis en usage, en France, depuis plus de dix ans. Quant à l'opinion de ce chirurgien sur le mode d'action de la teinture iodée sur les parois des kystes et sur les kystes eux-mêmes, dont il explique la guérison par la séparation, la fusion et l'expulsion du kyste, M. Boinet la considère comme erronée. Il pense que M. Borelli aura pris pour le kyste ou partie du kyste la matière contenue dans le kyste et coagulée par l'action de l'iode. Dans tous les cas où nous avons pratiqué des injections iodées, ajoute M. Boinet, tout s'est passé comme dans une simple opération d'hydrocèle, si ce n'est qu'il a fallu revenir à de nouvelles injections. Suivant les observations, la guérison n'est que le résultat des modifications apportées par la teinture iodique sur les parois des kystes. Dans certains cas, l'action de l'iode irrite, enflamme et amène l'adhésion ; dans d'autres, elle se borne à activer, à ranimer les fonctions absorbantes et à provoquer la résorption des épanchements, en rétablissant l'équilibre rompu entre l'exhalation et l'absorption.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort de M. le professeur Royer-Collard.

M. le professeur Royer-Collard a succombé le 15 décembre à la cruelle maladie qui le minait depuis plus de cinq ans. La Faculté et l'Académie perdent en lui un de leurs membres les plus éminents; la profession, un de ses plus dignes représentants ; les sciences et la philosophie, un de leurs plus ingénieux, de leurs plus élégants interprètes. Dans une sphère moins élevée que celle de son illustre pa-

rent, M. H. Royer-Collard a soutenu non sans éclat le poids d'un nom difficile à porter. Trop absorbé par ces exigences sociales auxquelles il est si difficile de se soustraire quand on naît et que l'on grandit dans un certain monde, M. Royer-Collard n'a pas trouvé le temps de se livrer à des travaux originaux; mais il n'est jamais resté étranger au plus petit progrès de la science, et il a toujours su, avec une merveilleuse aptitude, faire servir ce progrès à celui de l'hygiène, qu'il envisageait d'une manière si élevée et qu'il professait avec tant d'éclat.

Si Royer-Collard a supporté sans faiblir le beau nom qui lui était échu, il n'a pas peu contribué à le faire aimer. Entré à la Faculté dans des circonstances difficiles, la douceur, la bienveillance extrême de son caractère contribuèrent, non moins que ses talents, à dissiper d'injustes préventions. Ses confrères ont toujours trouvé en lui un cœur ouvert à toutes les douleurs, un appui pour toutes les bonnes causes. La Faculté, en particulier, l'a toujours trouvé prêt à user, en faveur de l'Ecole, des améliorations diverses qu'elle réclamait, du crédit que lui donnaient ses grandes relations.

C'est dans la force de l'âge et du talent que la cruelle maladie qui nous l'a ravi atteignit Royer-Collard. Longtemps cette maladie laissa intactes ses belles facultés; il apprécia d'abord avec justesse toute la gravité de sa position, et accepta avec une douce résignation les douleurs présentes et l'événement fatal qu'elles présageaient. Son zèle n'en fut point ébranlé, et nous l'avons vu, l'été dernier encore, se faire transporter dans sa chaire et souvent à l'Académie, au prix des plus vives douleurs. Mais à cette époque déjà la nature commençait à jeter un voile salutaire sur l'intelligence de l'éminent malade; cette faculté d'appréciation, qu'il possédait au plus haut degré, l'abandonnait peu à peu, et il était rare qu'après chaque leçon il ne se félicitât pas de l'amélioration nouvelle qu'avait éprouvée sa santé. C'est dans cette bienfaisante illusion qu'il est parvenu jusqu'au terme fatal de sa maladie, laissant pour toute consolation à ses amis la triste satisfaction de le voir délivré des plus cruelles souffrances et le souvenir d'une vie honorable.

M. le professeur Royer-Collard était âgé de quarante-huit ans.

Mort de M. Labarraque.

Un des représentants les plus honorables et les plus distingués de la pharmacie de Paris, M. Labarraque, membre de l'Académie de Médecine, vient de succomber à l'âge de 74 ans, à une longue et douloureuse maladie. Arrivé à la fortune par des travaux qui ont rendu son nom européen, M. Labarraque avait depuis longtemps abandonné les affaires, et s'était voué uniquement à des fonctions publiques honorables et à des œuvres de bienfaisance. Il laissera d'unanimes regrets non-seulement parmi ses confrères, mais encore parmi les gens de bien de toute profession.

Distribution des prix de l'internat et de l'externat.

Vendredi, 28 décembre, ont eu lieu à l'administration des hôpitaux la distribution des prix de l'internat et la proclamation des nouveaux internes et externes.

Trois discours ont été prononcés : l'un par M. Legendre au nom du jury du concours des prix. Ce discours, fort convenablement écrit, a été généralement applaudi; un autre par M. Moissenet, au nom du jury de l'internat. Ce discours, où l'on a retrouvé quelques-unes des qualités qui distinguent M. Moissenet, a eu le tort de descendre dans des détails trop intimes de la vie d'interne; enfin le troisième a été prononcé par M. Bouchut au nom du jury de l'externat. Ce discours, d'une étendue proportionnée à la circonstance, a été accueilli avec une grande faveur.

Internes de 3e et 4e années.

1er Prix : M. Leudet.
2e — M. Legendre.
1er Accessit : M. Denusset.
2e — .....

Internes de 1re et 2e années.

Prix : M. Charcot.

Externes.

Prix : M. Liandon.

— Le concours pour la chaire de clinique externe à la Faculté de Médecine de Paris commencera lundi prochain. Le jury est définitivement constitué et composé de la manière suivante :

Juges pour la Faculté, MM. Bouillaud, J. Cloquet, Denonvilliers, Gerdy, Laugier, Malgaigne, Moreau, Rostan, Roux et Velpeau.

Juges pour l'Académie de Médecine, MM. Bégin, Gimelle, Hervez de Chegoin, Larrey et Réveillé-Parise.

— En vertu d'un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 décembre courant, un concours public sera ouvert, le 1er avril 1851, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour la chaire de botanique et d'histoire naturelle médicale instituée dans cette Faculté.

Les docteurs en médecine ou en chirurgie qui voudraient prendre part à ce concours devront déposer, avant le 1er mars 1851, au secrétariat de la Faculté de médecine de Montpellier, les pièces constatant qu'ils remplissent les conditions d'admissibilité prescrites par le règlement.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé le 20 décembre dernier par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Liendon, Magnan, Alby, Porchat, Canuet, Vauthier, Dubaquié, Martin de Gimard, Peberet, Sée, Moynier, Duclos, Prost, Grau, Nicas, Rossen, Lambert, Rombeau, Schnepf, Lorain, Clin, Dal Piaz, Blin, Barnier, Trastour, Thomas (Alphonse), Grand-Mottet, Lefaive, Bastien, Gallard, Goujail, Pinault, Gery, Courot, Dufour, Vidal, Pellagot, Magnac, Bacquias.

Internes provisoires. — MM. Henry, Kinsbourg, Charrier, Richard-Maisonneuve, Baillon, Dupuy, Becquoy, Chassin, Collot, Desnos, Quentin, Thoulouse, Cadet-Gassicourt, Thomas (Alfred), Legruel, Nassan, Royer, Dugué, Boutin, Masson, Boucher, Bidard, Lafargue, Maurice, Giraudet.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier, sur la proposition de la section de médecine, vient, dans sa séance du 29 novembre dernier, de nommer à l'unanimité membre correspondant M. le docteur A. Legrand, auteur, comme on sait, de plusieurs ouvrages et mémoires sur l'emploi médical de l'or.

— Par décrets individuels du 10 décembre, ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.

OFFICIER : M. Destouches, médecin de bienfaisance de la ville de Metz.

M. le docteur Civiale, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

CHEVALIERS : M. Vallée, médecin en chef de l'hôpital de Vernon.

M. Delmas, chirurgien-major de 2e classe au 69e de ligne.

M. Louvet, aide-major de 1re classe au 10e régiment de dragons.

M. Casse, chirurgien-major de 1re classe au 7e régiment d'artillerie.

M. Audry, infirmier-major, sergent, aux ambulances de la division de Constantine.

M. Thomas, chirurgien en chef des hospices de Nevers.

M. Duplan, chirurgien en chef de l'hospice de Tarbes.

M. Dumont, médecin adjoint de l'hospice national des Quinze-Vingts.

M. Portalès, médecin du bureau de bienfaisance du 5e arrondissement de Paris.

M. Chambert, médecin du quartier des aliénés à Montauban.

M. Tuilier, médecin en chef de l'hospice de Limoges.

M. Lesueur, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de marine.

M. Roux, pharmacien professeur de la marine.

M. Favre, chirurgien de 1re classe de la marine.

M. Saint-Pair, chirurgien de 1re classe de la marine.

M. Fleschut, chirurgien aide-major au 1er régiment de chasseurs d'Afrique.

M. Wurtz, agréé et professeur suppléant à la Faculté de médecine de Paris.

M. Barilleau, professeur de clinique interne à l'école secondaire de médecine de Poitiers.

M. Long, docteur en médecine.

M. Mathieu, docteur-médecin.

— M. Lezat, chirurgien-major de 1re classe à la succursale des Invalides à Avignon, a été désigné pour l'hôpital militaire de Marseille le 28 novembre.

— La Société médicale anglo-parisienne a procédé, dans sa séance du 20 décembre dernier, au renouvellement de son bureau pour 1851. Ont été nommés : *Président*, M. J.-W. Begbie, M.-D.; *vice-président*, M. Al. Fleming, M.-D.; *secrétaire*, M. W. Sanders, M.-D.; *trésorier*, M. R. Sarell.

Paris. — Typographie Plon frères, rue de Vaugirard, 36.